

Tartu Ülikool  
Usuteaduskond  
Religiooniuuringud

Eleri Harjo

**Lõikepunktid psühhiaatria ja religioosse kogemuse vahel  
skisofreenia näitel**

Magistritöö

Teaduslik juhendaja

Roland Karo, *Ph.D.*, Tartu Ülikool

Tartu 2020

## Sisukord

Sissejuhatus .....	3
0.1 Teema valiku põhjendus .....	3
0.2 Uurimisküsimused .....	3
0.3 Töö ülesehitus .....	4
0.4 Uurimismetoodika.....	4
0.5 Praegune uurimisseis.....	5
0.6 Uurimise käigus ilmnenud raskused .....	5
1. Ülevaade skisofreeniast.....	7
1.1 Esinemissagedus .....	7
1.2 Tekkepõhjused .....	8
1.3 Sümptomid .....	9
1.4 Kognitiivne funktsioon .....	10
1.5 Ravivõimalused.....	12
1.6 Skisofreenia erinevad vormid .....	13
2. Religioosne kogemus .....	19
2.1 Teoreetiline taust.....	19
2.2 Religioosne vs mittereligioosne kogemus .....	20
2.3 Religioosne kogemus ja psühhoos .....	20
3. Religioossete luulude fenomenoloogia .....	24
3.1 Olulised mõisted .....	24
3.2 Teema ülevaade.....	25
3.3 Luulud ja nende sisu.....	27
3.3.1 Luulude sisu .....	36
3.3.2 Ülevaade luuludest .....	27
Kokkuvõte .....	40
Bibliograafialoend.....	42
Summary .....	51

# **Sissejuhatus**

## **0.1 Teema valiku põhjendus**

Antud magistritöö käsitleb lõikepunkte psühhiaatria ja religioosse kogemuse vahel skisofreenia näitel. Töös keskendutakse peamiselt skisofreenia ja religiooni seostamisele – põhirõhk on suunatud skisofreenia sümptomaatikale, religioossete kogemuste kirjeldamisele seoses sellega ja nende võrdlemisele mittereligioossete kogemustega. Teine oluline teemavaldkond on pühendatud religioossete luulude fenomenoloogiale.

Valisin selle teema tänu Roland Karo 2018/2019 õppeaasta sügissemestril Tartu Ülikooli usuteaduskonnas loetud ainele „Teaduse ja religiooni seminar“, kus üheks esimeseks käsitletud teemadest oli patoloogia. Just skisofreenia temaatika pakkus mulle enim huvi ning seetõttu otsustasin selle valdkonna valida ka oma lõputöö teemaks.

## **0.2 Uurimisküsimused**

Käesolevas töös on püstitatud kaks peamist uurimisküsimust:

- 1) Kuidas mõjutab skisofreeniahaigeid religioossete luulude kogemine?
- 2) Millised on enim levinud religioossed luulud?

Töö eesmärk on uurida religioossete luulude fenomenoloogiat ja avada neid haiguslugude näitel. Sellega seonduvalt tuua välja nende kahe seotus skisofreeniaga ja nende mõjudest patsientidele.

### 0.3 Töö ülesehitus

Töö on jaotatud kolme suuremasse peatükki, mille peamisteks teemadeks on skisofreenia, religioossed kogemused ja religioosse sisuga luulude fenomenoloogia. Esimeses peatükis käsitletakse skisofreeniat. Antakse ülevaade haigusest, selle tekkepõhjustest, sümptomitest ja ravivõimalustest. Lisaks kirjeldatakse skisofreenia erinevaid esinemisvorme.

Töö teine peatükk annab ülevaate religioossetest kogemustest – kuidas on religioossed kogemused kui uurimisobjekt välja arenenud. Olulisel kohal on religioossete kogemuste eristamine mittereligioossetest kogemustest ja psühhoosist.

Kolmandas peatükis käsitletakse religioossete luulude fenomenoloogiat – ülevaade antakse nii fenomenoloogia seisukohalt olulistest mõistetest kui ka religioossetest luuludest. Eraldi alapeatükina on kirjeldatud religioossete luulude sisu ja nende muutusi tänapäeva kontekstis.

Lisaks peatükkidele teeb autor teemaplokkide lõpus omapoolse kokkuvõtte, milles jagatakse erinevaid mõtteid, mis tekkisid nii töö kirjutamiseks materjale kogudes ja lugedes kui ka hiljem lõputöö kirjutamise käigus.

### 0.4 Uurimismetoodika

Magistritöö andmed on leitud Tartu Ülikoolile avatud andmebaasidest, millest peamised on PubMed, Free Medical Journal, EBSCO Discovery, ATLA Religion Database ja Access Medicine. Artiklite otsingul kasutati otsifraase „*Religious delusions*“ ja „*Schizophrenia*“. Antud andmebaasidest leitud teadusartiklid käsitlevad nii teoloogilist kui ka meditsiinialast vaatepunkti seoses skisofreenia ja religioosse kogemuse lõikepunktidega.

Töö on metodoloogiliselt kvalitatiivne sekundaaruurimus, milles käsitletakse viimase paarikümne aasta jooksul ilmunud teaduskirjandust. Andmete metaanalüüsi kaudu sooviti jõuda andmestikupõhise informeeritud hinnanguni

religioosse kogemuse seosest skisofreenia ja religioosete luulude fenomenoloogiaga.

## **0.5 Praegune uurimisseis**

Skisofreenia teematikat on hakatud viimasel ajal üha rohkem uurima, peamiselt seoses erinevate droogide suurenenud kasutamisega, mis on tingitud suuresti ka nende laialdasest levikust ja kättesaadavusest. Selle kõrvalt on tähelepanu hakatud pöörama ka haigusega kaasnevatele sümptomitele, milleks üheks paljudest on näiteks religioossed luulud. Arvestades praegust olukorda maailmas, võib eeldada, et antud teematika muutub aja jooksul veelgi aktuaalsemaks.

Usuteaduskonnas on sarnasel teemal mitmeid erinevaid lõputöid kirjutatud. Näitena saab tuua bakalaureusetöö teemal „Religioosse kogemuse ja skisofreenia lõikepunktid värskema erialakirjanduse näitel“, mille kirjutas Marietta Alliksaar. Lisaks veel ka Annika Operi magistrیتöö teemal „Armastuse ja spirituaalsuse neuroloogilised seosed“ ning Elise Nemliheri magistrیتöö teemal „Associations between schizotypal personality and mystical experiences“.

## **0.6 Uurimise käigus ilmnenu raskused**

Antud magistrیتöö on kirjutatud kolmel laial teemal, mistõttu osutus esimeseks suureks probleemiks teema kitsendamine ja piiritlemine. Selle vältimiseks oli vajalik konkreetsete eesmärkide püstitamine, et ennetada töö laiali valgumist. Töö kirjutamise käigus osutus oodatust raskemaks erinevate ingliskeelsete meditsiinitermiinit ja teadustekstide selgeks tegemine ning nende kirjeldustest ja tähendustest arusaamine võõrkeelest eesti keelde tõlkides. Suuresti oli see tingitud asjaolust, et vastavat emakeelset kirjandust leidub väga vähe.

Lisaks oli raskusi välja valida erinevaid autoreid ja nende teadusartikleid, sest ülevaateid antud teema kohta on inglise keeles palju tehtud. Uue informatsiooni

leidmine oli raskendatud tihtipeale ka seetõttu, et paljud artiklid kippusid sageli samasugust teavet kordama.

# 1. Ülevaade skisofreeniast

## 1.1 Esinemissagedus

Skisofreeniaspektri häired kuuluvad raskete psüühikahäirete gruppi, millel on rohkelt erivorme. Sümptomid mõjutavad enamasti tugevalt inimese igapäevaelu – häiritud on mõtlemine, ümbruse tajumine ja käitumine. Enamasti avalduvad esimesed haiguse sümptomid noores eas, süvenedes kas järsult või järk-järgult.<sup>1</sup> Uuringutega on kindlaks tehtud, et haigus on võrdselt levinud nii naiste kui ka meeste seas. Esmased haigussümptomid avalduvad enamasti meestel varem kui naistel.<sup>2</sup> Meestel keskmiselt kahekümnendate eluaastate alguses, naistel see-eest kas kahekümnendate lõpupoole või kolmekümnendate aastate alguspoolel.<sup>3</sup>

Skisofreeniahaiguse kulg on individuaalne – mõned patsiendid kogevad ühte psüühhoosiepisoodi ning selle järgselt taastuvad ja paranevad sellest edukalt, teistel haiguseepisoodid korduvad pidevalt, mis võib aga skisofreeniahaige vaimse ja füüsilise tervise välja kurnata. Oluline on välja tuua, et haiguse avaldumisega langeb suuresti skisofreeniahaige toimetuleku- ja töövõime.<sup>4</sup> Esimesed skisofreenia kirjeldused on pärit umbes kahe tuhande aasta tagusest perioodist.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Joukko **Lönnqvist**, Martin **Heikkinen**, Markus **Henrikkson**, Mauri **Marttunen**, Timo **Partonen**, *Psühhiaatria* (Eesti: Medicina, 2007) 42-44.

<sup>2</sup> Vibeke S **Catts**, Samantha J **Fung**, Leonora E **Long**, Dipesh **Joshi**, Ans **Vercammen**, Katherine M **Allen**, Stu G **Fillman**, Debora A **Rothmond**, Duncan **Sinclair**, Yash **Tiwari**, Shan-Yuan **Tsai**, Thomas W **Weickert**, Cynthia **Shannon Weickert**, „Rethinking schizophrenia in the context of normal neurodevelopment“, *Frontiers in Cellular Neuroscience* 7 (May, 2013), 1-2.

<sup>3</sup> Krishna R **Patel**, Jessica **Cherian**, Kunj **Gohil**, Dylan **Atkinson**, „Schizophrenia: Overview and Treatment Options“, *Pharmacy and Therapeutics* 39 (September, 2014), 639.

<sup>4</sup> Lönnqvist; Heikkinen; Henrikkson; Marttunen; Partonen, 2007,42-44.

<sup>5</sup> *Ibid.*, lk 42-44.

## 1.2 Tekkepõhjused

Skisofreenia täpseid tekkepõhjuseid pole teada. Siiski on teada, et suuresti kandub haigus edasi geneetiliselt. Suurt rolli mängib haiguse väljakujunemisel ka keskkond, mis võib haiguse avaldumist näiteks varasemasse eluetappi nihutada. Mõnede uuringute kohaselt on leitud seoseid skisofreenia tekke puhul ka komplikatsioonidega nii enne sündi kui ka sünnituseelsel perioodil. Sünnieelsed komplikatsioonid on suuresti tingitud hapnikuvaegusest – hapniku vähesus või puudumine võib olla üheks põhjuseks, miks tekivad neurokeemilised muutused ja hälbed ajus. Sellised komplikatsioonid muudavad organismi rohkem vastuvõtlikuks keskkonnast tingitud muutustele.<sup>6</sup>

Leitud on ka mitmeid seoseid skisofreenia tekkimisele vastavalt sellele, mis kuul laps on sündinud. On täheldatud, et lapsed, kes on sündinud talvel või varakevadel, on suurema tõenäosusega riskigrupis, sest neil on kõrgenenud risk saada oma vanemate mõni infektsioon. Selle põhjuseks on väikelaste ebaküps immuunsüsteem, mis muudab neid vastuvõtlikumateks keskkonnas leiduvatele haigustekitajatele. Lisaks on leitud skisofreenia riskigrupis olevate laste pea ümbermõõt väiksem kui teistel vastsündinutel. Sellistel vastsündinutel on täheldatud ka oluliselt väiksemat sünnikaalu.<sup>7</sup>

Seos skisofreenia ja narkootiliste ainete vahel on kindlaks tehtud. Näiteks võib mitmete narkootiliste ainete tarvitamine (ketamiin, amfetamiin, kokaiin ja LSD) esile kutsuda psühhootilisi reaktsioone ja suurendada skisofreenia riski. Kanepi tarvitamine suurendab see-eest skisofreenia riski kuni kuus korda, võrreldes nendega, kes ei kasuta mitte mingisuguses vormis narkootilisi ega ka teisi mõnuaineid. Hinnanguliselt kakskümmend kuni viiskümmend protsenti praeguse Lääne ühiskonna skisofreeniahaigetest on narkootiliste ainete tarvitajad.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Martin Stefan, Mike Travis, Robin M Murray, *An atlas of schizophrenia* (New York: Parthenon Pub. Group, 2002), 27-34.

<sup>7</sup> *Ibid.*, lk 34-35.

<sup>8</sup> *Ibid.*, lk 35-36.



### 1.3 Sümptomid

Skisofreenia kliinilised haigustunnused on heterogeensed ning avalduvad eri vormides häiretena. Näiteks psühhootilised häired avalduvad psühhootiliste sümptomitena, mida nimetatakse positiivseteks, desorganiseeritud ja negatiivseteks sümptomiteks. Eelnevalt kirjeldatud sümptomid häirivad tugevalt haige igapäevaelu, tuues kaasa näiteks hallutsinatsioonide või luulumõtete kogemise – konkreetsete tunnused on omased positiivsetele sümptomitele. Negatiivsed sümptomid väljenduvad see-eest tavapäratus käitumises – näiteks huvide ja elurõõmu kadumine ehk anhedoonia, tundeelu tuimenemine ehk apaatia, kõne halvenemine ning raskused keskendumisel ja tähelepanu koondamisel.<sup>9</sup> Kolmanda variandi ehk desorganiseeritud sümptomi puhul käitub haige üldjoontes sihitult ja veidralt, mis väljendub näiteks seosetus kõnes või ebaadekvaatses käitumises.<sup>10</sup>

Haiguse ja sümptomite esinemissageduse kindlaksmääramisel kasutatakse väljatöötatud hindamisvahendeid, milleks on näiteks skaalad SANS ehk *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* negatiivsete sümptomite kindlaksmääramiseks ja SAPS ehk *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* positiivsete sümptomite tuvastamiseks. Nende kahe skaala kooskasutamisel on võimalik välja selgitada kolme psühhootilise sümptomivormi – negatiivne, positiivne või desorganiseeritud – esinemist patsiendil.<sup>11</sup>

Skisofreenia diagnoosimisel on oluline, et vähemalt ühe või mitme kuu jooksul oleks täheldatav vähemalt üks selgesti eristatav sümptom. Nendeks sümptomiteks võivad olla näiteks luulumõtted kontrollist, kuulmishallutsinatsioonid või püsivad luulumõtted. Eraldi võetaks diagnoosimisel arvesse ka kaks või enam nõrgemalt väljendunud sümptomit nagu näiteks püsivad

---

<sup>9</sup> Stefan; Travis; Murray, 2002, lk 21.

<sup>10</sup> Rahel **Fluckiger**, Chantal **Michel**, Phillip **Grant**, Stephan **Ruhrmann**, Kai **Vogele**, Daniela **Hubl**, Benno G **Schimmelmann**, Joachim **Klosterkoetter**, Stefanie J **Schmidt**, Frauke **Schultze-Lutter**, „The interrelationship between schizotypy, clinical high risk for psychosis and related symptoms: Cognitive disturbances matter“, *Schizophrenia Research* 210 (August 2019), 193.

<sup>11</sup> Nancy C **Andreasen**, Stephan **Arndt**, Del **Miller**, Michael **Flaum**, Peg **Nopoulos**, „Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and Update“, *Psychopathology* 28 (February 1995), 7-9.

hallutsinatsioonid, seosetud mõttekäigud, katatoonne käitumine<sup>12</sup>, negatiivsed sümptomid ja käitumise püsivad muutused. Näiteid haiguse diagnoosimisel kasutatavatest kriteeriumidest on veelgi, kuid siinkohal tõin välja kõige olulisemad ja enim levinud tunnused, mida kasutatakse haiguse väljaselgitamisel. Kui sümptomid väljenduvad tugevalt juba vähem kui kuu ajaga, diagnoositakse esmalt skisofreeniasarnane psühhootiline häire. Kui aga haigussümptomid jäävad ajas püsima, määratakse haiguse diagnoosiks skisofreenia.<sup>13</sup>

## 1.4 Kognitiivne funktsioon

Varasematest uuringutest on selgunud, et kõigil skisofreeniahaigetel on kognitiivne defitsiit.<sup>14</sup> Valdaval enamusel on puudujääke ühes kognitiivses funktsioonis ja umbes kolmel neljandikul patsientidest esineb puuduseid kahes kognitiivses funktsioonis. Seepärast peetakse kognitiivset talitushäiret haiguse üheks peamiseks sümptomiks.<sup>15</sup>

Kognitiivne talitushäire ilmneb reeglina aastaid enne psühhootilistele häiretele omaste sümptomite esinemist.<sup>16</sup> Sellest saab järeldada, et kognitiivne talitushäire ei teki eelpool mainitud sümptomite tulemusena.<sup>17</sup> Mõnedel skisofreeniahaigetel on antud häireid täheldatud juba lapsepõlves.<sup>18</sup> Lapsepõlves ilmnunud haigussümptomeid peetakse suureks riskiteguriks haiguse

---

<sup>12</sup> Katatonia – üks skisofreenia esinemisvormidest, mille põhiliseks ilminguks on kas ebatavaline rabelev rahutus või hoopis tavatu liikumatus, see tähendab inimene on tardunud kentsakasse poosi. Katatonia erivormiks on niinimetatud vahajane paindlikkus, mille puhul teine inimene võib sättida sellise häirega isikut erinevatesse poosidesse ning too jääb sellisena püsima nagu kuju. Seisund on tänapäevaste ravimite toimele suhteliselt hästi alluv. Kahn, Hubert, Loit, Helle-Mai. *Tervise ABC* (Tallinn: Valgus, 2009).

<sup>13</sup> Veiko **Vasar**, (toimetaja). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised* (Tartu: Tartu Ülikool, 1993), 83-85.

<sup>14</sup> Richard S.E. **Keefe**, Charles E. **Eesley**, Margaret P. **Poe**, „Defining a cognitive function decrement in schizophrenia“, *Biological Psychiatry* 57 (March, 2005), 688.

<sup>15</sup> David L. **Braff**, „Information Processing and Attention Dysfunctions in Schizophrenia“, *Schizophrenia Bulletin* 19 (February 1993), 234.

<sup>16</sup> Ailsa J. **Russell**, Janet C. **Munro**, Peter B. **Jones**, David R. **Hemsley**, Robin M. **Murray**, „Schizophrenia and the Myth of Intellectual Decline“, *The American Journal of Psychiatry* 154 (May 1997), 635.

<sup>17</sup> Keefe; Eesley; Poe, 2005, lk 690.

<sup>18</sup> Peter **Jones**, Robin **Murray**, Bryan **Rodgers**, „Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort“, *The Lancet* 344 (November 1994), 1398.

väljakujunemisel.<sup>19</sup> Uuringutest on selgunud, et enim on haigetel häiritud toimetuleku- ja töövõime (nagu näiteks infotöötluskiirus).<sup>20</sup>

Kognitiivse defitsiidi iseloomulikuks omaduseks on skisofreeniaspektri häirete korral kahanenud töömälu ülesannete täitmisel. Antud olukorras suudab mälu informatsiooni talletada vaid ajutiselt. Samas on näiteks argumenteerimisel vajalik pikema ajaline kognitiivsete ülesannete läbiviimise võimekus.<sup>21</sup> Küll aga on töömälu funktsiooni kahanemisel skisofreeniahaigel suuri raskusi meenutada isegi lihtsat informatsiooni ning seda vastavalt vajadusele kasutada. Lisaks võib skisofreeniahaigel ununeda isegi oma viimane poolelijäänud tegevus, kui teda selle käigus segada ja tähelepanu kõrvale juhtida.<sup>22</sup>

Infotöötluskiiruse kaudu on võimalik kindlaks teha inimese võimekus võtta keskkonnast informatsiooni vastu ja seda vastavalt vajadusele ja olukorrale kasutada. Aeglase infotöötlamise korral on haigel raskusi näiteks vestlustest osavõtmisel. Selle käigus võib saadud informatsioon valmistada raskusi arusaamisel ning seetõttu muutub kaasarääkimine keerukaks.<sup>23</sup> Lisaks tekitab skisofreeniahaigetele raskusi näiteks informatsioonis olulise eristamine ebaolulisest.<sup>24</sup> Kuna paljud tavapärased igapäevased kogemused on häiritud, omistatakse ebaolulistele tunnustele suuremat tähtsust kui need tegelikult seda omavad. Seetõttu on tavaline, et haiged omistavad tavapärastele olukordadele tihti peale erilist ja pahaendelist tähendust, mis on suunatud konkreetset skisofreeniahaige vastu.<sup>25</sup>

---

<sup>19</sup> Rebecca **Fuller**, Peg **Nopoulos**, Stephan **Arndt**, Dan **O'Leary**, Beng-Choon **Ho**, Nancy C. **Andreasen**, „Longitudinal Assessment of Premorbid Cognitive Functioning in Patients With Schizophrenia Through Examination of Standardized Scholastic Test Performance“, *The American Journal of Psychiatry* 159 (July 2002), 1185.

<sup>20</sup> Flavis S. **Galaverna**, Carlos A. **Morra**, Adrian M. **Bueno**, „Severity of negative symptoms significantly affects cognitive functioning in patients with chronic schizophrenia: The slowing in cognitive processing“, *The European Journal of Psychiatry* 28 (September 2014), 146.

<sup>21</sup> Naida F. **Forbes**, L. A. **Carrick**, Andrew Mark **McIntosh**, Stephen **Lawrie**, „Working memory in schizophrenia: a meta-analysis“, *Psychological Medicine* 39 (June 2009), 890.

<sup>22</sup> Terry E. **Goldberg**, Michael F. **Green**, *Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia: An overview Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (Philadelphia: Lippincott, 2002), 660.

<sup>23</sup> Louise Birkedal **Glenthøj**, Nikolai **Albert**, Birgitte **Fagerlund**, Tina Dam **Kristensen**, Carsten **Hjorthøj**, Merete **Nordentoft**, Jens Richardt Møllegaard **Jepsen**, „Emotion recognition latency, but not accuracy, relates to real life functioning in individuals at ultra-high risk for psychosis“, *Schizophrenia Research* 210 (August 2019), 200.

<sup>24</sup> René **Mõttus**, Jüri **Allik**, Anu **Realo**, *Intelligentsuse psühholoogia* (Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2011), 272.

<sup>25</sup> Vasar, 1993, lk 82-83.

Varasemalt on läbiviidud mitmeid erinevaid uuringuid, mis käsitlevad eelpool käsitletud häirete all kannatajate erinevusi, kuid paraku pakuvad need üksteisele vastuolulisi tulemusi. Mõnede uuringute kohaselt haigestuvad mehed enamasti oluliselt varem kui naised<sup>26</sup>. Siiski mõnede uuringute kohaselt haigestuvad mehed eelnevalt kirjeldatud häiretesse keskmiselt ainult 1,63 aastat varem kui vastassoo esindajad.<sup>27</sup>

Uuringutega on üritatud kindlaks teha ka vastassoo esindajaist patsientide haiguse erinevat kulgemist ja sellega seonduvaid erinevusi. Tulemuste kohaselt on naistel oluliselt parem sotsiaalne võrgustik ja toimetulek kui meestel. Mõlema soo esindajate seas esineb oluliselt rohkem väga tugevaid lühiajalisi reaktsioone nagu näiteks ärevus, kui antud haigust mittepõdevatel inimestel.<sup>28</sup> Meestel on lisaks täheldatud oluliselt rohkem negatiivsete sümptomite esinemist kui naistel.<sup>29</sup> Eelnevalt kirjeldatule vastupidiselt on avaldatud ka uuringutulemusi, mis eitavad sugudevahelisi sümptomaatilisi erinevusi.<sup>30</sup>

## 1.5 Ravivõimalused

Mitte-farmakoloogilise teraapia eesmärgiks on vähendada sümptomite mõju, takistada tagasilangust ning suurendada haige kohanemisvõimet. Teraapia eesmärgiks on skisofreeniahaigeid integreerida tagasi kogukonda ning võimaldada iseseisvust ja üksinda hakkamasaamist. Kuigi paljudel skisofreeniahaigetel puudub enamasti võimalus esialgseid tervisenäitajaid taastada ning haiguse kahjusid tagasi pöörata, on tähtis järgida pikaajalist ravi. Seda nii mitte-farmakoloogilise teraapia

---

<sup>26</sup> Assen **Jablensky**, Steven W. **Cole**, "Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation", *The British Journal of Psychiatry* 170 (March 1997), 234.

<sup>27</sup> S. V. **Eranti**, James H. **MacCabe**, Helena **Bundy**, Robin **Murray**., "Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis", *Psychological Medicine* 43 (January 2013), 157.

<sup>28</sup> Alice **Leung**, Pierre **Chue**, "Sex differences in schizophrenia, a review of the literature", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 (January 2000), 6-9.

<sup>29</sup> N. **Ring**, D. **Tantam**, L. **Montague**, D. **Newby**, D. **Black**, J. **Morris**., "Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis: Focus on negative symptoms of schizophrenia", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84 (December 1991), 489-496.

<sup>30</sup> Eva **Lindström**, L. **von Knorring**, "Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (April 1994), 274-278.

näol kui ka kasutades ravimeid, saavutamaks ravi parim võimalik tulemus. Näiteks kasutatakse mitte-farmakoloogilise teraapiana psühhoterapiat, mida viiakse läbi nii individuaalselt kui ka grupidena. Siiski tuleks mitte-farmakoloogilisi teraapiaid käsitleda kui ravimeid toetavat lisandust ja mitte nende asendusena. Teraapiad aitavad skisofreeniahaigele luua positiivset enesekuvandit ja toetavat suhtumist ravimite võtmisesse. Positiivne enesekuvand on vajalik selleks, et ennetada üksinda jäädes ohtu, milleks on näiteks haiguse eitamine. Sellises olukorras ei taju paljud skisofreeniahaiged vajadust ravimeid võtta või neil võib ravimite võtmise osas tekkida paranoia.<sup>31</sup>

Skisofreeniahaiged, kes on oma ravi pooleli jätanud, loovad soodsa keskkonna tagasilanguseks, mis võib lõppeda omakorda haiguse süvenemisega ja haiglasse sattumisega. Seetõttu on oluline haiged hoida pidevalt kursis nende haigusega ning teavitada neid ohtudest ja ravi efektiivsusest.<sup>32</sup> Raviprogrammid, mis julgustavad perekonnapoolset toetust, on vähendanud märkimisväärselt skisofreeniahaigete haiglasse sattumist. Paljud psühhoterapeudid toetavad tugevalt perekonna kaasamist ravis.<sup>33</sup> Kümme kuni kolmkümmend protsenti skisofreeniahaigetest on ravile sisuliselt allumatud, paranedes kas osaliselt või üldse mitte. Seda isegi hoolimata erinevate ravimite proovimisest ja vahetamisest.<sup>34</sup>

## 1.6 Skisofreenia erinevad vormid

Skisofreenia on enim esinev diagnostilise kategooria psüühikahäire. Eestis kasutatakse haiguse liigitamiseks rahvusvahelist haiguste klassifikatsiooni (RHK-10). Skisofreenia ja selle erinevaid avaldumisvorme tähistatakse tähega F ning koodiga, mis võib olla kuni neljakohaline. Haigusele on tavapärased mitmed erinevad kõrvalekalded – näiteks võivad haiged kogeda viirastusi ja

---

<sup>31</sup> Patel; Cherian; Gohil; Atkinson, 2014, lk 640-641.

<sup>32</sup> *Ibid.*, lk 641.

<sup>33</sup> Hemant **Bhargav**, Aarti **Jagannathan**, Nagarathna **Raghuram**, T. M. **Srinivasan**, Bangalore N. **Gangadhar**, „Schizophrenia Patient or Spiritually Advanced Personality? A Qualitative Case Analysis“, *Journal of Religion* 54 (October 2015), 1912.

<sup>34</sup> Patel; Cherian; Gohil; Atkinson, 2014, lk 641.

kuulmishallutsinatsioonid.<sup>35</sup> Skisotüüpsete häirete puhul on oluline välja tuua, et neil on küll skisofreeniaga palju sarnaseid jooni, kuid neil puuduvad haigusele omased kõrvalekalded nagu näiteks hallutsinatsioonid ja luulumõtted.<sup>36</sup>

Järgnevas loetelus on välja toodud skisofreenia erinevad vormid. Kirjeldused põhinevad Veiko Vasara toimetatud raamatul „Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised“, mis avaldati 1993. aastal. Kirjeldused on raamatus leitavad lehekülgedel 83-92:

1) Paranoiline skisofreenia on üks enim diagnoositud skisofreenia vorme. Sellele haigusvormile on omased paranoilised luulumõtted ja hallutsinatsioonid (konkreetselt just auditoorsed). Lisaks on häiritud tunde- ja tahteelu. Sümptomiteks on näiteks jälitamise luulumõtted, mitteverbaalsed kuulmishallutsinatsioonid ning lõhna- ja maitsehallutsinatsioonid.

Skisofreeniahaige mõtlemine võib küll olla häiritud, kuid see ei takista haigel oma sümptomite kirjeldamist. Kuigi indiviid on enamasti emotsionaalselt tuim, on ta võimeline äkilisteks vihapuhanguteks ja umbusklikkuseks. Haiguse kulg võib olla episoodiline või ka krooniline. Kroonilise haigusvormi puhul on erinevaid episoodide raske omavahel eristada.

2) Hebefeense skisofreenia puhul on kesksel kohal just emotsionaalsed häired ning luulumõtted. Hallutsinatsioonid on pigem teisejärgulised. Haigele on omane ebaadekvaatne ja ettearvamatu käitumine. Iseloomulikuks jooneks on ka näiteks omaette itsitamine või kõrk hoiak. Sellise inimese mõtted on tihtipeale laialivalguvad.

Konkreetne haigusvorm saab alguse 15. ja 25. eluaastate vahel. Paraku areneb just selles vormis välja tahteaktiivsuse alanemine, mistõttu käitub haige tihtipeale sihitult ja otstarbetult. Antud haigusvormi diagnoosimiseks on oluline haiget jälgida mõned kuud, et teha saadud tulemuste põhjal kindlaid järeldusi.

---

<sup>35</sup> Valdeko **Paavel**, Jaan **Kõrgesaar**, Aive **Sarjas**, Sirlis **Sõmer**, Veiko **Vasar**, *Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis* (Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing, 2001), 22-23.

<sup>36</sup> **Nemliher**, Elise (2017). Associations between schizotypal personality and mystical experiences. *Magistritöö*. Tartu Ülikool. lk 19-20.

3) Katatoonse skisofreenia põhiliseks tunnuseks on välja arenenud psühhomotoorsed häired, mis võivad vahelduda erinevate äärmustega nagu näiteks rahutus ja stuupor, mis on haiglaslik liigutuste ja psüühika osaline või täielik pidurdumine. Iseloomulikuks jooneks on ka sundasendites pikaajaline püsimine, millele järgnevad enamasti ägedad motoorse rahutuse episoodid. Antud skisofreeniavormi puhul on huvitav välja tuua, et oluliselt vähem esineb konkreetset varianti tänapäeva arenenud tööstusmaades, kuigi mujal maailmas on seda märgatavalt rohkem diagnoositud.

Katatoonse skisofreenia diagnoosimiseks on oluline teatud haigustunnuste avaldumine, milleks on näiteks stuupor, rahutus, poseerimine, negativism, rigiidsus, vahajane paindlikkus ning käsua automatism. Paljude haigetega on raske kontakti luua, mille tõttu on skisofreeniahaigelt raske lisainformatsiooni saada. Seetõttu diagnoositakse esmalt skisofreenia ning hiljem tehakse diagnoosis vastavaid täiendusi. Oluline on välja tuua, et katatoonne käitumine ei ole ainuomane skisofreeniale, vaid see võib tekkida ka teistel meditsiinilistel põhjustel, milleks on näiteks ajukahjustus või -haigus.

4) Diferentseerimata skisofreenia puhul on olemas üldised põhilised haigusele omased tunnused. Sellest hoolimata ei saa konkreetsete väljapaistvate tunnuste puudumise tõttu liigitada antud haigusvormi mitte ühtegi eelpool nimetatud gruppi.

Erinevad haigustunnused küll esinevad, kuid mitte piisaval määral või ajaühiku vältel, moodustamaks konkreetset tunnuste kogumit. Antud haigusgruppi saab kasutada juhul, kui esinevad skisofreeniale omased tunnused, kuid häired ei vasta eelnevate kolme grupi kirjeldustele ega ka skisofreenia järeldepressiooni tunnustele.

5) Skisofreenia järeldepressioon tekib skisofreeniasse haigestumise hilisemas etapis. Mõned skisofreeniale omased tunnused säilivad, kuid nende osatähtsus langeb ajaga ja hilisemas perioodis need enam ei domineeri. Üldiselt on järeldepressiooni raske diagnoosida, sest keeruline on selgeks teha, kas depressioon on tingitud depressiivsetest episoodidest või skisofreeniale omasest tahte- ja tundeelu alanemisest.

Diagnoosimisel on olulisteks kriteeriumideks skisofreenne haigestumine viimase aasta jooksul ning jätkuv sümptomite olemasolu, millele lisanduvad ka depressiivsed sümptomid. Skisofreenia sümptomite puudumisel diagnoositakse depressiivne episood. Kui aga domineerivad on skisofreeniale omased tunnused, jääb skisofreenia diagnoos kehtivaks.

6) Residuaalne skisofreenia on haiguse arengu krooniline staadiumi, mille korral toimub üleminek ühelt staadiumilt teisele. Iseloomulikuks jooneks on taandumatud negatiivsed sümptomid ja nende häired.

Antud skisofreeniavormi diagnoosimiseks on olulised tunnused negatiivsed sümptomid nagu näiteks puudulik mitteverbaalne suhtlemine ja kõne halvenemine. Eelnevale peab lisanduma vähemalt üks eristuv psühhootiline episood. Lisaks esineb skisofreeniahaigel luulumõtteid ja hallutsinatsioone ning üleüldiselt puudub igasugune muu aju häire või haigus.

7) Lihtne skisofreenia on harva esinev häire, mille korral toimub aeglaselt, kuid progresseeruvalt käitumisveidruste arenemine, raskused ühiskonda sulanduda ning tegutsemise tulemuslikkuse langus. Konkreetsetel haigusvormil puudub eelpool väljatoodud variantidele omaseid tunnuseid nagu näiteks hallutsinatsioonid ja luulumõtted. Ilma selgete psühhootiliste tunnusteta võib ilmned residuaalsele skisofreeniale omaseid jooni.

Süvenevast sotsiaalsest elust kõrvalejäämise tulemuseks on tihtipeale hulkumine, enesesse sulgumine ja eesmärgitu tegutsemine. Antud vormi on raske diagnoosida, sest residuaalsed sümptomid süvenevad küll pidevalt, kuid aeglaselt, mistõttu tuleb haiget pidevalt jälgida ja erinevaid muutusi tähele panna.<sup>37</sup>

Eelnevad lõigud, mis kirjeldavad skisofreenia erinevaid vorme, põhinevad Veiko Vasara 1993. aastal toimetatud raamatul, mille pealkiri on „Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised“. Vastavad kirjeldused on leitavad lehekülgedel 83-92.

Eelpool on välja toodud, et haiguse avaldumist võib suuresti mõjutada just keskkond, milles riskigruppi kuuluv inimene elab või on sündinud. Tekib küsimus,

---

<sup>37</sup> Vasar, 1993, lk 83-92.



et milline antud keskkond peab olema, et risk suureneks? Kas ja mida saaks teha, et riski võimalusel vähendada? Kas on see tingitud pidevast pingelisest ja närvilisest õhkkonnast, milles inimene elab? Või on pidev kokkupuude erinevate ainete kasutamisega ainuke riskitegur? Loomulikult mängib geneetiline pagas selles suurt rolli, millised haigused võivad meil elu jooksul avalduda, kuid see ei ole alati kindlalt määrav tegur. Suuresti saab iga inimene kujundada keskkonda, milles me elame ning teha oma võimaluste piires valikuid ja otsuseid. Vaadates tänapäeva olukorda ja keskkonda, milles me elame, võib oletada, et skisofreenia haigusjuhtumite arv on märgatavalt tõusnud. Antud väidet võib seostada tõsiasjaga, et tänapäeval on legaliseeritud juurdepääs ja kättesaadavus erinevatele narkootilistele ainetele oluliselt suurem kui mitukümmend aastat tagasi.<sup>38</sup>

Järgnevalt tekib küsimus: mis mõjutab täpselt skisofreenia haigustunnuste avaldumist? Mis mõjutab eri vormi psühhootiliste häirete väljakujunemist? Alapunktis 1.1.3 on kirjeldatud, et psühhootilisi häireid saab jagada kolmeks, milleks on positiivsed, negatiivsed ja desorganiseeritud sümptomid. Võib oletada, et ka nende avaldumisel mängib suurt rolli nii geneetiline alusmaterjal kui ka keskkond, milles skisofreeniahaige elab. Kuid vastust küsimusele, et miks just üks kolmest variandist konkreetsel juhul avaldub, mina ei leidnud. Võib oletada, et suurt rolli mängib antud küsimuses kognitiivne defitsiit ehk puudujääk, mis esineb paljudel skisofreeniahaigetel. Seega, ehk on määrava tähtsusega see, mil määral ja millistes valdkondades kognitiivne defitsiit domineerib. Ehk saab sellest tulenevalt paralleele tõmmata ka skisofreenia psühhootiliste tunnuste avaldumisega.

Haigustunnuste avaldumisel võib lisaks keskkonnale ja geneetilisele alusmaterjalile määravaks olla ka patsiendi sotsiaalne võrgustik. Enamasti on naistel sotsiaalne võrgustik oluliselt laiem ja tugevam kui meestel. Suurem tugivõrgustik aitab väga palju kaasa haigusega toimetulemisel, ravimisel ja edasises eluetapis sellega hakkamasaamisel. Võibolla määrab just tugivõrgustiku olemasolu ja ulatus selle, kuidas haigus kulgeb ja kui efektiivne on ravi. Seega võib siinkohal soovitada haigetel ja nende lähedastel tugevdada sidemeid just sellisel raskel ja keerulisel perioodil. Tugivõrgustiku olemasolu võib saada määravaks ka

---

<sup>38</sup> Ian **Hamilton**, „Cannabis, psychosis and schizophrenia: unravelling a complex interaction“, - *Addiction* 112 (September 2017), 1655-1656.

ravivõimaluste parandamisel ja suurendamisel. Enese ümbritsemine inimestega, kes hoolivad patsiendist ja toetavad tema raviprotsessi, võib olla vaieldamatult võtmetähtsusega. Just need inimesed pakuvad raskel ja keerulisel ajal haigele tuge ja hoolt. Vajadusel ka nii-öelda õigele rajale tagasisuunamist, kui peaks tekkima komplikatsioone ja käegalöömist. Ravi pidev edukas jätkamine ja läbimine on väga oluline patsiendi edasist elukvaliteeti määrava tegurina. Just ravi poolelijätmine tekitab suure tõenäosuse tagasilanguseks ja seeläbi haiguse veelgi suuremat süvenemist. Hiljem võib poolelijäänud ravi jätkamine osutuda veelgi keerukamaks, kui mitte võimatuks.

## 2. Religioosne kogemus

### 2.1 Teoreetiline taust

Tänapäeval väljakujunenud oletuse põhjal on religioosse kogemuse ajalugu sama pikk, kui on eksisteerinud meie kultuur. Antud valdkonna uurimise alguspunktiks võib lugeda 19. sajandit, mil üheks põhiliseks uurijaks kujunes William James. Tema 1902. aastal välja antud toeses „*The Varieties of Religious Experience*“ on antud ülevaade religioossete kogemuste tunnustest.<sup>39</sup>

Religioosse kogemuse mõistet võib lugeda nii-öelda peaterminiks, mille alla saab liigitada veel mitmeid erinevad termineid nagu näiteks sakraalne või müstiline kogemus. Antud kogemuse määratlemiseks on vajalik konkreetsete tingimuste olemasolu, milleks on: 1) mööduv, 2) kirjeldamatu, 3) tajutav ja 4) passiivne. Religioosne kogemus on nähtuste kogum, mis hõlmab endas peaaegu kõiki kogemusi, mis on seotud Jumala või kõiksuse tunnetamisega. Antud kogemust võib lugeda mööduvaks nähtuseks, mis aja jooksul vaibub, ning inimene naaseb tagasi oma igapäevaelu juurde. Kogemuse tulemuseks on inimese veendumus millegi sügava ja teispoolsuse kogemisest, millest inimene sai oma elule kirjeldamatut lisaväärtust juurde. Religioosseks kogemuseks loetakse hetke, mis on spontaanne ega olnud teadliku praktiseerimise tulemus. Seega võib öelda, et religioosse kogemuse kogetud hetk ei sõltu välistest teguritest.<sup>40</sup>

Religioosse kogemuse näol on üldistatult tegemist indiviidi suhtumise ja käitumisega, mis hõlmab endas tema personaalset usku ja ümbritseva tunnetamist. Antud kogemuse saavutamiseks on olulised mitmed erinevad vaimsed protsessid. Nendeks on näiteks emotsioonid, mõtted, eesmärgid ja tahe, mida omakorda

---

<sup>39</sup> David A. **Leeming**, Kathryn **Madden**, Stanton **Marlan**, *Encyclopedia of psychology and religion. Volume 2, L-Z* (New York: Springer, 2010), 773-774.

<sup>40</sup> *Ibid.*, lk 773-775.

seostataksegi just Jumala või kõiksusega. Kokkuvõtvalt võib öelda, et religioosne kogemus hõlmab endas indiviidi personaalset Jumalapilti ja mitmesuguseid erinevaid hingeelu protsesse.<sup>41</sup>

## 2.2 Religioosne vs mittereligioosne kogemus

Antud valdkonna kirjeldamisel kerkib üles oluline küsimus – kuidas teha vahet religioosel ja mittereligioosel kogemusel. Tõnu Lehtsaar on oma raamatus „Religioonipsühholoogia õpik“ andnud sellele küsimusele väga konkreetse vastuse – neid kahte valdkonda eristab see, mida inimene ise usub. Samasugune põhimõte kehtib ka emotsioonide ja religiooni omavahelisel seostamisel.<sup>42</sup>

Ehk kui inimene omistab enda kogetud elamusele religioosse või spirituaalse tähenduse, võib seda määratleda kui religioosset kogemust. Selle korduval kogemisel hakkab inimene oma kogemust ja sellega seonduvat uskuma. Tulemuseks on inimese uskumuse väljakujunemine. Seega saab öelda, et kui inimene omistab oma kogemusele religioosse tähenduse, muutub mittereligioosne kogemus millekski teiseks ja konkreetset sellele inimesele uuetähenduslikuks.

## 2.3 Religioosne kogemus ja psühhoos

Religioosse kogemuse ja psühhoosi vahel saab tõmmata paralleele – mõlema korral kogeb inimene midagi kirjeldamatut ja tajutavat, kuid mis möödub ajas ja võib kas varem või hiljem uuesti korduda. Sarnasuseks on ka spontaansus ehk nende kogemist ei saa kunstlikult tekitada, vaid nende toimumine ei sõltu inimese vabast tahtest. Lisaks religioosse kogemuse eristamisele mittereligioosset kogemusest on teiseks oluliseks punktiks eristada ka religioosseid kogemusi<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Tõnu **Lehtsaar**, *Sissejuhatus religioonipsühholoogiasse* (Tallinn: Eesti Keele Sihtasutus, 2013), 11.

<sup>42</sup> *Ibid.*, lk 167-173.

<sup>43</sup> Religioon – mingile kultuurile, etnosele või sotsiaalsele rühmitusele omane töökspidamiste ettekujutuste, müütide ja riituste kompleks, mille siduvaks elemendiks on usk teatud üleloomulikesse olenditesse, kellest tuntakse end sõltuvat ja keda tuleb religiooselt austada, kummardada ja teenida. (Tarmo **Kulmar**, *Üldine usundilugu. 1., Õppesõnastik* (Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2000), 59.)

psühhoosist<sup>44</sup>. Nende kahe eristamine on võrdlemisi raske, sest mõlemal on küllaltki sarnane sisu. Mõlema ühendavaks teguriks on religioon.<sup>45</sup> Erisuste määramiseks on oluline vaadelda ka haige teisi olulisi eluvaldkondi, milleks võib olla näiteks töö, kodune keskkond ja sotsiaalsed suhted. Kui haige väljub religioosse sisuga eufoorilistest tundeelamusest edukalt ja positiivsete emotsioonidega, on tegemist religioosse kogemusega. Religioosseid kogemusi soovitakse tulevikus veelgi kogeda ja nende toimumist oodatakse tihtipeale väga. Kui aga olukord on vastupidine ehk tundeelamustele järgneb vaimne ja füüsiline tagasilangus ja negatiivsed emotsioonid on valdavad, on tegu psühhoosiga.<sup>46</sup> Seega põhjustavad psühhoosid kogejatele tihtipeale suuri raskusi ja kannatusi.<sup>47</sup> Kokkuvõtvalt võib öelda, et lisaks sarnastele tunnustele, on religioosse kogemuse ja psühhoosi ühendavaks teguriks religioon, mis pakub haigele vastavasisulisi elamusi ja kogemusi. Nagu eelnevalt öeldud, on nii religioosse kogemuse kui ka psühhoosi sisu väga sarnane, mistõttu on neil keeruline vahet teha. Seetõttu omistabki skisofreeniahaige tihtipeale oma kogemustele religioosse seletuse, sest selle käigus kogetud kirjeldamatuid üleloomulikke tundeelamusi ei suudeta teismoodi edasi anda.

Peatüki algusest on võimalik lugeda, et religioossete kogemustega ja inimeste vaimse tervisega hakati märkimisväärselt ja teaduspõhiselt uurima alles 19. sajandil. Seega võib öelda, et tegu on siiski üpris noore teadusharu või uurimisvaldkonnaga, mis siiani jätkuvalt areneb ja täiustub ajas. Konkreetse valdkonna uurimine, nagu ka paljud teised, on mahukas ja pikaajaline protsess, mistõttu on mõistetav, et paljudele küsimustele ei ole veel siiani konkreetseid vastuseid leitud. Võibolla mõnele küsimusele ja probleemile vastust ka ei leita. Raskuskese võib olla suunatud ka tõsiasjale, et paljud inimesed, kes põevad mõnda vaimse tervise probleemi, ei soovi oma muredest ja probleemidest rääkida ja antud

---

<sup>44</sup> Psühhoos – reaalsustunde kadumine, mille tõendiks on kõige sagedamini luulud või hallutsinatsioonid. (Gross, James., Reisberg, Daniel., Gleitman, Henry. Psühholoogia (Tartu: Hermes Kirjastus, 2014), 780.)

<sup>45</sup> Bhargav; Jagannathan; Raghuram; Srinivasan; Gangadhar, 2015, lk 1901.

<sup>46</sup> Allison L. **Allmon**, „Religion and the DSM: From Pathology to Possibilities“, *Journal of Religion* 52 (June 2013), 541-542.

<sup>47</sup> Marion **Carson**, „Fine Madness: Psychosis, Faith Communities and the Rehabilitation of the Christian Apocalypse“, *The Expository Times* 117 (June 2006), 364.

valdkonda kellegagi lahata. Oluliste põhjustena võib tegu olla näiteks ebamugavusega, mis tekib haiguse põdemise käigus, ning sellistest kogemustest rääkimine võib paljud ununenud emotsioonid taaskord üles kergitada. Ebamugavus võib olla tingitud eelarvamuse hirmust ehk skisofreeniahaige kardab, et inimene kellele ta oma probleemidest räägib, kujundab räägitu põhjal kergekäeliselt haigest negatiivse arvamuse. Hilisemas etapis võivad sellised eelarvamusel tugevalt mõjutada suhtlemist, suhtumist ja mõistmist. Samas paljud inimesed ei soovi võibolla lihtsalt jagada enda kogemusi, sest need on niivõrd delikaatsed teemad.

Mitte mõistmisega ja eelarvamustega võib haigetes kergekäeliselt ebakindlust tekitada, mistõttu tõmbuvad nad endasse ega soovi oma haiguse ja sellest tingitud raskusega mitte mingisugust tegemist teha. Selliste patsientideni jõudmine võib olla aga veelgi raskem, sest paljud varjavad nii ennast kui ka oma probleeme teiste eest. Hoolimata asjaolust, et nende tervisemuredele võib olla lihtne ja käegakatsutav ravimeetod juba välja töötatud.

Teise ja kolmanda alapeatüki põhjal võib oletada, et religioossete kogemuste kogemine on positiivsete ja kergete tagajärgedega erinevalt psühhoosi kogemisest. Nagu mainitud, oodatakse tihtipeale religioossete kogemuste kordumist, samas aga langevad psühhoosi kogesid veelgi raskemasse tervislikku seisukorda. Loomulikult on võimalik paljusid vaimseid probleeme ennetada ja kontrolli all hoida erinevate ravimitega. Kuid kas psühhoosi saab ka mingil määral leevendada või isegi ennetada sotsiaalse võrgustiku olemasoluga? Lisaks pakkudes seeläbi skisofreeniahaigele tuge ning innustades neid positiivsemalt mõtlema? Loomulikult võib see osutada raskeks, kuid võibolla võib määravat tähtsust omada just erinevate suhete olemasolu ning haige suurem ja järjepidev integreerimine teiste keskele. Selle tulemusena saab skisofreeniahaige luua uusi sidemeid ning nende tulemusena tekib suurem kogukonna ja aktsepteeritusse tunne.

Oluline mõte tekkis ka seoses tänapäevase kontekstiga – paljudel inimestel on side religiooniga kadunud, mis omakorda vähendab kogukonnaga ühtekuuluvustunnet. Kas see võib olla ka üheks peamiseks põhjuseks, miks on viimaste aastakümnetega suurenenud vaimse tervise probleemid? Siin võib loomulikult paralleele tõmmata ka religioossete kogemustega, kuid antud temaatikat saab laiendada sisuliselt kõikidele probleemidele, mis kätkevad endas vaimset tervist. Nagu mainitud, kaob

tihtipeale religioossusega koos ka ühtekuuluvustunne, mis seob omavahel erinevaid inimesi, kellest muidu mõnes muus kontekstis ollakse võõrdunud või isegi eemale hoidvad.<sup>48</sup> Ehk ongi paljud vaimsed probleemid tingitud üksindusest ja lähedaste sidemete puudumisest?

Pidev üksindus ja enese teistega võrdlemine paneb inimesi rohkem muretema, mille üheks paljudest tagajärgedest on pingeseisund. Lühiajaline pingeseisund ei tee inimesele suurt midagi, hoopis vastupidi, võib tekitada positiivseid kogemusi. Näiteks on lühiajaline pingeseisund ergastav ning inimene on mõnda aega väga produktiivne. Kui aga antud seisund kestab pikaajaliselt, võib positiivne efekt asenduda negatiivsega.<sup>49</sup>

Negatiivse aspektina saab välja tuua näiteks pidevat pingeseisundit, millest indiviidil on omal jõul raske välja tulla või on see isegi sisuliselt võimatu. Pidev pinges olek hakkab aga aja jooksul tasapisi järk-järgult mõjutama inimese füsioloogiat ja mõttemaailma. Füsioloogia kohapealt on lihased näiteks pidevalt krampis ega oska kuidagi ilma kõrvalise abita täielikult lõõgastuda. Sama kehtib ka mõttemaailma kohta – pidev pingeseisund võib muuta inimese mõtlemise ja suhtumise negatiivseks. Igat väikest kriitikanooti võetakse rünnaku ja halvustusena, mis omakorda tekitab eneses ebakindlust ja üksildustunnet. Suure tõenäosusega mõjutab see pikas perspektiivis inimese ajukeemiat, mis pideva üksildustunde ja pingeseisundi tõttu kaotab oma algse loomuliku staadiumi.<sup>50</sup> Just seesugused muutused võivadki olla üheks põhjuseks, miks tänapäeva ühiskonnas on palju vaimsete probleemidega inimesi. Eriti haavatavas seisus on noored ja teismelised, kes tihtipeale võtavad eeskuju teistelt omavanuselistelt. Soovitakse saavutada ja kogeda samasuguseid kogemusi, mis teised. Suutmata kogeda mingil põhjusel samu emotsioone ja elamusi, tekib noortel, aga ka nõrgema närvisüsteemiga inimestel, kergesti kõrvalejäätud ja üksilduse tunne, mis võib kulmineeruda negatiivsete tulemustega.

---

<sup>48</sup> Patrick **McNamara**, *The Neuroscience of Religious Experience* (New York: Cambridge University Press, 2009), 162-166.

<sup>49</sup> *Ibid.*, lk 145-166.

<sup>50</sup> *Ibid.*, lk 145-166.

### 3. Religioosete luulude fenomenoloogia

#### 3.1 Olulised mõisted

Teema alustuseks tuleb defineerida mitu olulist mõistet, mis on antud peatükis läbivad:

Luul – uskumusmuster, mis ei klapi sama sotsiaalse grupi esindajate mõttemaailmaga. Luuludel on erinevaid vorme, mis omakorda jagunevad alavormideks. Näitena võib välja tuua näiteks paranoilise ja suurusluulu.<sup>51</sup>

Religioosne luul – uskumusmuster, mis hõlmab endas tugevaid religioosseid ja spirituaalseid veendumusi, mis ei klapi kogukonna väljakujunenud arusaamadega. Religioossed luulud on jagatud samuti mitmesse eri valdkonda, milleks on näiteks patuluul, suurusluul ja tagakiusamislul.<sup>52</sup>

Hallutsinatsioonid – teisisõnu võib hallutsinatsioone nimetada ka meelepetteks, mis kujutavad endast tajuelamusi, mille puhul puudub otsene väline tekitaja. Neid võib kogeda erinevate tajumeeltega. Konkreetselt skisofreeniale on eriliselt omased erinevad kuulmispetted.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Allmon, 2013, lk 54.

<sup>52</sup> Heike **Anderson-Schmidt**, Katrin **Gade**, Dörthe **Malzahn**, Sergi **Papiol**, *et al.* „The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia“, *Schizophrenia Research* 210 (August 2019), 256.

<sup>53</sup> **American Psychiatric Association (APA)**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* (Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2013), 87-88.



### 3.2 Teema ülevaade

Religioosseid luulusid kogeb hinnanguliselt kakskümmend kuni kuuskümmend protsenti kõigist luulusid põdevatest skisofreeniahaigetest. Kultuurides, milles religioon on kesksel kohal, on religioossete luulude avaldumine märgatavalt suurema protsendiga kui mittereligioossetes kultuuriruumis.<sup>54</sup> Seega saab kultuuriruumi ja seal domineeriva religiooni vahele tõmmata paralleeli. Eraldi saab veel ka välja tuua, et religioossete luulude esinemissagedus on suurim ühiskonna madalama sissetulekuga elanike seas. On täheldatud, et skisofreeniahaiged, kellel on negatiivne suhtumine nii iseendasse kui ka end ümbritsevasse keskkonda, kogevad tihtipeale just negatiivse sisuga religioossete luulusid.<sup>55</sup>

Haiguse diagnoosimise kohapealt on väga suure tähtsusega skisofreeniahaigetega tegelevate meditsiinitöötajate religioosne taust ja teadmised. Need teadmised annavad suurema võimaluse haigust edukamalt diagnoosida ja ravida.<sup>56</sup> Tähtsalt kohal on ka oskus skisofreeniahaigetega suhelda. Kuna skisofreeniahaigetel on tihtipeale raskendatud erinevad sotsiaalsed suhted ja sotsiaalses keskkonnas hakkamasaamine, on lihtsaim moodus suhtlemisest hoidumine. Selle tulemuseks võib olla vale diagnoosi määramine.<sup>57</sup> Seetõttu on vajalik, et kliinikutes olevaid töötajaid haritaks kasvõi põgusalt religioossetel teemadel, et nad oskaksid vajadusel kas tähelepanu pöörata või vähemalt kasvõi valdkonda rohkem teadva inimese juurde suunata.<sup>58</sup> Haigete probleemide väljaselgitamise ja raviprotsess võib kujuneda väga pikaks ja aeganõudvaks ning mõnes olukorras jääda isegi ilma tulemusteta.<sup>59</sup> Kuid selle kõige kõrval tuleb ära

---

<sup>54</sup> Anderson-Schmidt; Gade; Malzahn; Papiol, 2019, lk 256.

<sup>55</sup> Vishal **Bhavsar**, Dinesh **Bhugra**, „Religious Delusions: Finding Meanings in Psychosis“, *Psychopathology* 41 (February 2008), 166-170.

<sup>56</sup> Lars J. **Danbolt**, Paul **Møller**, Lars **Lien**, Knut A. **Hestad**, „The Personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia“, *International Journal for the Psychology of Religion* 21 (January 2011), 146.

<sup>57</sup> Farr A. **Curlin**, Shaun V. **Odell**, Ryan E. **Lawrence**, Marshall H. **Chin**, John D. **Lantos**, Keith G. **Meador**, Harold G. **Koenig**, „The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians“, *Psychiatric Services* 58 (September 2007), 5.

<sup>58</sup> Rachel **Miller**, Joanne **McCormack**, „Faith and Religious Delusions in First-Episode Schizophrenia“, *Social Work in Mental Health* 4 (November 2006), 40.

<sup>59</sup> Anastasia Philippa **Scrutton**, „Schizophrenia or Possession? A Reply to Kemal Irmak and Nuray Karanci“, *Journal of Religion* 54 (March 2015), 1965.

märkida, et varasem religioossus ei ole alati määrava tähtsusega religioossete luulude väljakujunemisel – neid võivad kogeda ka inimesed, kes ei ole varasemalt enne haiguse avaldumist olnud religioossed ja osalenud ühelgi sellekohasel praktikal.<sup>60</sup>

Üheks raskuskeskmeks võib osutada religioossete luulude eristamine autentsest religioossest kogemusest. Üheks võimalikuks variandiks on näiteks religioosse luulu sisu võrdlemine ühiskonnas kesksel kohal oleva religiooni tõekspidamistega. Kui näiteks luulude sisu ei kattu selgelt määratletud religiooni tunnustega, võib pidada skisofreeniahaige kogetut pigem religioosseks luuluks kui religiooni järgimiseks.<sup>61</sup>

Eelpool kirjeldatu põhjal võib järeldada, et keskkond, milles skisofreeniahaiged elavad, mängib otsest rolli selles, millise sisuga luulusid nad kogevad. Kui nad elavad ühiskonnas, kus religioonil on suur roll, võib eeldada, et ka nende luulude sisu kannab endas religioosseid motiive. Lisaks on arusaadav, et kui skisofreeniahaige on pärit ühiskonna madalamast klassist, on neil ka hakkamasaamine tihtipeale keeruline ja raskendatud. See omakorda tingib negatiivse suhtumine nii endasse kui ka ümbritsevasse. Pidev negatiivne suhtumine ja hoiak annab soodsa pinnase ka negatiivse mõttemaailma kujundamisele, mille üheks selgeks väljajoonistuvaks tulemuseks on ka luulude negatiivne sisu.<sup>62</sup>

Hakkamasaamisel tuleb mängu jällegi sotsiaalne võrgustik, millest kõige olulisemaks saab pidada perekonda. Perekond pakub üheltpoolt tausta, milles skisofreeniahaige elab – kodune keskkond ja jagatud väärtushinnanguid võivad pakkuda olulist infot selle kohta, miks skisofreeniahaige ühel või teisel viisil mõtleb. Teisalt aitab pidev koosviibimine haigega pakkuda head ülevaadet sellest, kuidas skisofreeniahaige haigus kulgeb. Nagu eelnevas peatükis sai mainitud, omab perekond kõigele eelnevale veel ka olulist rolli haiguse pidevas ja edukas ravimises.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Pierre-Yves **Brandt**, Sylvia **Mohr**, Christiane **Gilliéron**, Isabelle **Rieben**, Philippe **Huguelet**, „Religious Coping in Schizophrenia Patients: Spiritual Support in Medical Care and Pastoral Counselling“, *Toronto Journal of Theology* 28 (September 2012), 194-195.

<sup>61</sup> Javier **Saavedra**, „Function and meaning in religious delusions: a theoretical discussion from a case study“, *Mental Health, Religion & Culture* 17 (January 2014), 39-40.

<sup>62</sup> *Ibid.*, lk 1052.

<sup>63</sup> David M **Blass**, „A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients“, *Academic Psychiatry* 31 (February 2007), 25-31.

Lisaks ravi edenemisele ja edukusele, on perekonnale võtmeroll selles, kuidas haige suudab pärast kõike – ravi ja tervenemine - ühiskonda sujuvalt ja ilma raskusteta integreeruda. Keeruline on olukord nendele haigetele, kellel puudub taoline võrgustik ja tugigrupp. Võib oletada, et nendel skisofreeniahaigetel võtab nii haiguse diagnoosimine, ravimine ja tervenemine oluliselt kauem aega, sest puuduvad need, kes toetaksid ja vajadusel aitaksid raskustest üheskoos üle saada. Sellest tulenevalt võib järeldada, et ravi just sellistele patsientidele on väga keerukas ja võib ka ebaõnnestuda, sest tagasilanguse ajal ei ole kedagi toetamas.<sup>64</sup>

### 3.3 Luulud ja nende sisu

#### 3.3.1 Luulude sisu

Antud alalõigus on esmalt välja toodud mitmed erinevad religioosseid luulusid kogevate skisofreeniahaigete haiguslood. Kirjeldused on kategoriseeritud vastavalt luulu temaatikale, milleks on näiteks patuluul või suurusluul.

#### Mõjutusluul

1) Pikki aastaid skisofreeniat põdev 72-aastane kristlasest mees tunneb muret tema kodus tegutsevate kurjade vaimude üle, kes on teda mürgitanud. Ta on korduvalt helistanud abi saamiseks politsei hädaabinumbrile ning üritanud ise kurje vaimu tappa, kasutades selleks oma vintpüssi. Paraku pidi mees tõdema, et kurjad vaimud on „kuulikindlad“. Mees ei suuda oma kodus magada ning teda valdab öösiti pidev hirm oma elu eest, sest see on aeg, mil demonid ilmuvad inimeste sekka. Mees usub, et Jumal on mõjuvõimsam kui kurjad vaimud. Kaks vanurit on tema eest palvetanud ning julgustanud meest oma probleemiga arstide poole pöörduma.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> Stefan **Fritze**, Alina L. **Bertolino**, Katharina M. **Kubera**, Cristina E. **Topor**, Mike M. **Schmitgen**, Robert C. **Wolf**, Dusan **Hirjak**, „Differential contributions of brainstem structures to neurological soft signs in first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders“, *Schizophrenia Research* 210 (August 2019), 102.

<sup>65</sup> Sara M'Lis **Clark**, David A. **Harrison**, „How to care for patients who have delusions with religious content“, *Current Psychiatry* 11 (January 2012), 47.

### Missiooniluul

1) Mees kuulis Jumala häält ning ta uskus, et Jumal paneb teda proovile. Proovile paneku põhjuseks oli mehe sõnul Jumala eesmärk välja selgitada, kas viimane on vääriline olemaks pühak või märter.<sup>66</sup>

### Suurusluul

1) Mees uskus, et ta on Jeesus ning teda ajavad taga religioossed grupid. Ta üritas oma tüdruksõpra surnuks kägistada, kui viimase nägu võttis kuradi näo kuju.<sup>67</sup>

### Paranoiline luul

1) 34-aastase mehe sõnul oli teda lapsena seksuaalselt väärkoheldud. Jumal andis mehele jõudu, et andestada teda väärkohelnud inimesele ning taastada enese jaoks oma väärikus. Enda sõnul loodab ta, et Jumal parandab aja jooksul tema haavad. Ta palvetab pidevalt Jumala poole lootuses, et tema kurbus, soov surra ning ärevus kaob. Mees kuuleb ka praegusel ajal pidevalt hääli, kuid need ei mõjuta teda enam, sest Jumal kaudu saadud kindlustunne aitab tal nendest üle olla. Hääled on tehtud kurjade vaimude poolt, kes soovivad teda endisesse kehva seisu tagasi tuua, kuid Jumala abiga on ta nendest üle.<sup>68</sup>

2) Noor naine, kes käis pidevalt kirikus ja pidas rangelt kinni kristlikest õpetustest, tundis end ühtäkki reedetud ja hüljatuna. Enda sõnul oli ta elanud kombekohast ja reeglitest lähtuvat elu, kuid Jumal oli siiski teda hüljanud. Selle tulemusena tundis naine meeleheidet ja viha. Arstid ei julgustanud tema oma usust lahti ütlema ega kirikus käimast, vaid suunasid hoopis naist mõtlema oma usu ja religioossuse üle. Selle kõige tulemusena nõustus naine meditsiinilise abiga ja ravimite võtmisega.<sup>69</sup>

---

<sup>66</sup> Miller; McCormack, 2006, 42.

<sup>67</sup> *Ibid.*, lk 42.

<sup>68</sup> Sylvia **Mohr**, Nader **Perroud**, Christiane **Gillieron**, Pierre-Yves **Brandt**, Isabelle **Rieben**, Laurence **Borras**, Philippe **Huguelet**, „Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders“, *Psychiatry Research* 186 (April, 2011), 181.

<sup>69</sup> Miller; McCormack, 2006, 46.

3) 33-aastane naine hakkas regulaarselt kohtuma kirikuõpetajaga, et saada abi oma hallutsinatsioonidele ja paranoilistele luuludele. Naine leidis enda jaoks religiooni ajal, mil ta üritas esmakordselt selgust saada oma vaimsete probleemide kohta. Kuigi ta defineeris ennast religioossena, ei kuulunud ta ühtegi religioossesse gruppi. Naise arusaama kohaselt on tema haigus talle karistuseks Jumala poolt. Usust saadud tuge kasutas naine oma sümptomitest tulenevate kannatuste leevendamiseks. Kolm aastat hiljem kuulus naine religioosses kogukonda ning ta sai sellest tuge oma probleemidega toimetulekuks.<sup>70</sup>

4) 64-aastase naise sõnul sai tema haigus alguse pärast seda, mil tema õde tegi abordi. Naine tundis ennast kõige juhtunu tulemusena väga süüdi ning oli Jumala peale vihane, et viimane lasi kõigel juhtuda. Sellele järgnevalt ei palvetanud ta enam aastaid. Aastaid hiljem kuulis ta hingede hääli, mis ütlesid talle, et ta peaks uuesti palvetama. Lisaks nägi ta ka seletamatut valgust. Naine võttis kõike juhtunud kui Jumala poolset hoiatust. Hoiatusele järgnevalt hakkas ta uuesti palvetama ning ta tunneb, et on süüst vabaks saanud.<sup>71</sup>

5) 23-aastane mees loobus oma religioossetest vaadetest, et elada nii-öelda maalähedast elu. Varasemalt oli ta aastaid kasutanud religiooni, et saada hakkama oma hallutsinatsioonide ja luuludega. Mõni aeg hiljem teatas ta, et budism on tema elus kesksel kohal ning ta plaanib lähitulevikus hakata mungaks. Ravimite võtmine aitas noormehel mõista, et hääled ja luulud on haigusest tulenev kõrvalnähtus, mida ei pea kartma. Kolm aastat hiljem oli ta kaotanud elu mõtte, hakanud tarvitama narkootikume ning üritanud korduvalt endalt elu võtta. Pärast kuude viisi haiglas olemist sai ta endale tagasi elu mõtte ning ta mõistis, et budism on siiski osake tema identiteedist.<sup>72</sup>

6) 32-aastase mehe sõnul oli religioon pakkunud talle tuge perioodil, mil ta kaotas nii oma naise kui ka töö. Mehe sõnul tarbis ta pidevat alkoholi ning suitsetas

---

<sup>70</sup> Sylvia **Mohr**, Laurence **Borras**, Isabelle **Rieben**, Carine **Betrissey**, Christiane **Gillieron**, Pierre-Yves **Brandt**, Nader **Perroud**, Philippe **Huguelet**, „Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (October 2010), 1102.

<sup>71</sup> Sylvia **Mohr**, Laurence **Borras**, Carine **Betrissey**, Pierre-Yves **Brandt**, Christiane **Gillieron**, Philippe **Huguelet**, „Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping“, *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 73 (June 2010), 158-159.

<sup>72</sup> Mohr; Borras; Rieben; Betrissey; Gillieron; Brandt; Perroud; Huguelet, 2010, 1102.

kanepit. Ta palvetas abi saamiseks Jumala poole ning uskus, et ta ise on Jeesus ning ta omab tervendavaid võimeid. Sellele järgneval perioodil sattus ta korduvalt seoses oma vaimsete probleemidega haiglasse. Kolm aastat hiljem oli ta lahti öelnud oma religioossetest vaadetest ning lahkunud religioossest grupist, kuhu mees oli varasemalt kuulunud. Lisaks oli mees loobunud ka oma ravist ja ravimite võtmisest. Mehe veendumuse kohaselt oli Jumal sekkunud tema elu ning võtnud kogu tema elu üle võimu. Mees eitas oma haigust.<sup>73</sup>

7) 45-aastase mehe sõnul oli ta palju kannatanud pärast seda, mil teda tõrjuti ja aeti minema religioossest kogukonnast. Kogukonnale oli vastuvõetamatu, et mees tarvitab kanepit. Mees üritas oma sõltuvusest korduvalt loobuda, kuid kaotas kõige tulemusena nii oma sõbrad, usu kui ka elu mõtte. Mõned aastad hiljem sattus ta pärast ebaõnnestunud enesetapu katset taaskord haiglasse. Haiglas olles kohtus ta pidevalt haigla kaplaniga ning liitus uue religioosse kogukonnaga. Praeguseks on ta usu enda jaoks uuesti leidnud ning ta loeb igapäevaselt Piiblit.<sup>74</sup>

8) 63-aastase mehe sõnul vähendab usk Jumalasse tema haigusega kaasnevat meeleheidet. Mehe sõnul on ta katoliiklane ning ta usub Jumalasse, inglitesse, ja pühakutesse. Ta palvetab igapäevaselt. Jumal on tema sõnul armastav ja kõikvõimas. Ta usub, et teda on juba kümme aastat jälitanud halbade inimeste aura, millega ta puutus kokku kunagi haiglas olles. Mehe uskumuse kohaselt ajab see negatiivne aura teda taga ning ähvardab meest kinni püüda, piinata ja tappa. Esmalt oli mees lootusetu, sest ta uskus, et need aurad on tugevad ja ülimuslikud. Mees palus abi preestrilt, kes julgustas teda probleemiga tegelema. Mees hakkas Jumala poole pidevalt palvetama ning selle tulemusena sai ta võidu negatiivsete aurade üle.<sup>75</sup>

### **Hõivatustluul**

1) 22-aastase naise sõnul nägi ta, kuidas kurat läks tema silma ning üritas seeläbi naise üle võimust võtta. Õnneks aitas Jumal teda ning ta pääses seestumusest.<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> *Ibid.*, lk 1102.

<sup>74</sup> *Ibid.*, lk 1103.

<sup>75</sup> Mohr; Borras; Betrisey; Brandt; Gillieron; Huguelet, 2010, 166.

<sup>76</sup> Miller; McCormack, 2006, 42.

Religioosete luulude temaatika on varieeruv, kuid üheks paljudest näidetest on seestumine, nõiakunst ja üleloomulikkus. Loomulikult on variatsioone veelgi. Täheldatud on, et religioosete luulude sisu on väga varieeruv ja variante, mida skisofreeniahaiged kogevad, on lõpmata palju. Siinkohal on oluline välja tuua, et kuigi sisuline varieeruvus on suur, on peamised religioosete luulude kirjeldamise viisid kultuuride üleselt samasugused – nii haigustunnuste, sümptomite kui ka luulude sisult.<sup>77</sup> Siiski on uuringute käigus välja joonistunud kolm peamist teemavaldkonda, mis on religioosseid luulusid põdevate skisofreeniahaigete seas levinud. Nendest kõige tähtsamal kohal on otsekontakt Jumalaga – olgu see siis kas hallutsinatsioonide või nägemuste kaudu, mis on mõlema variandi puhul domineeriv luulu variant. Esinemissageduselt teisel positsioonil on otsekontakt kuradiga – seda samuti nii hallutsinatsioonide kui ka luulude kujul. Kolmandaks enim kogetud variandiks on kontakt jumalustega ja jumaliku missiooni omamine. Selle kohaselt on skisofreeniahaigel oli tekkinud kinnisidee, et talle on määratud kõrgemate jõudude poolt tähtis ülesanne, mis vajab tegelemist.<sup>78</sup> Täheldatud on, et skisofreeniahaiged, kes olid juba enne haiguse diagnoosimist sügavalt religioossed, kogevad enim suurusluulu – ennast määratletakse näiteks Jumalana, usutakse kõrgemate jõudude olemasolu ja võimet neid käsitleda ning nende abil suuri muutusi ellu viia. Konkreetse luuluvormi kogevad usuvad, et lisaks kõrgemate jõudude haldamisega suudavad nad mõjutada ka erinevaid ilmastikunähtusi nagu näiteks tuul, vihm ja äike.<sup>79</sup> Oluline on välja tuua, et suurusluulu puhul määratlevad mehed ennast enamasti jumalatena, naised aga pühakutena.<sup>80</sup>

Huvitaval kombel vajavad konkreetset religioosete luulude all kannatavad skisofreeniahaiged sageli keerukamat ravi<sup>81</sup> – see tähendab, et neile kirjutatakse

---

<sup>77</sup> Assen **Jablensky**, *Schizophrenia and Related Psychoses* (London: Cambridge University Press, 2018), 216.

<sup>78</sup> Dudek; Krzystanek; Krysta; Górna, 2019, lk 525.

<sup>79</sup> Tim **Fretheim**, „Many Will Come in My Name: Spiritual Care for Persons with a Delusion of Grandiosity with Religious Content“, *The Covenant Quarterly* 73 (November 2015), 21.

<sup>80</sup> Palmira **Rudalevičienė**, Thomas **Stompe**, Andrius **Narbekovas**, Nijolė **Raškauskienė**, Robertas **Bunevičius**, „Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia?“, *Medicina* 44 (February 2008), 532.

<sup>81</sup> Ronald **Siddle**, Gillian **Haddock**, Nicholas **Tarrier**, E.Brian **Faragher**, „Religious beliefs and religious delusions: Response to treatment in schizophrenia“, *Mental Health, Religion & Culture* 7 (September 2004), 220.

võrreldes teistega suuremas koguses ravimeid ja hoolimata sellest ei pruugi see alati positiivseid tulemusi anda.<sup>82</sup> Raviks antakse skisofreeniahaigetele antipsühhootilisi ravimeid. Võibolla on õigem öelda, et medikamente kasutatakse pigem haigushoogude allasurumiseks ja leevendamiseks. On täheldatud, et umbes üks neljandik sellistest haigetest on antud ravimitele resistentsed.<sup>83</sup> Raskusi võib esineda ravimite mõju ja tulemusega. Lisaprobleemiks on ka üldine igapäevane hakkamasaamine, mis on just religioossete luulude põdevatel skisofreeniahaigetel märkimisväärselt madalamate näitajatega, kui teistel. Haiguse läbielamine on sellistel patsientidel oluliselt pikema perioodiga, kui teistele, mida võib seostada just ravimite aeglase toimimisega.<sup>84</sup>

Aastate jooksul on täheldatud, et religioossete luulude sisuline mitmekesisus on hakanud kahanema. Olukord võib olla tingitud ühiskonna sekulariseerumisest.<sup>85</sup> Kui enim levinud religioossete luulude teemad ja nii-öelda suurkujud ehk näiteks Jumal ja saatan domineerivad jätkuvalt, siis väiksemad teemavaldkonnad on hakanud hääbuma või isegi kadunud. Nende hulka kuuluvad religioossed figuurid nagu näiteks pühakud ja inglid. Kuigi eelpool toodud luulude variandid on ajaga hakanud hääbuma, on keskele ja olulisele kohale jäänud siiski kuradi kogemine. Huvitav on, et just maailmalõpuluulude puhul on kuradi olemasolu jätkuvalt kesksel kohal. Antud fakti võib põhjendada asjaoluga, et apokalyptiliste luulude korral kogevad skisofreeniapatsiendid suurt hirmu ja muret. Samasuguseid emotsioone kogetakse ka luulude korral, mis on seotud kuradiga.<sup>86</sup> Aastatega on nii mitmed varem kesksel kohal olnud religioossete luulude teemad hääbunud ning asendunud uutega. Viimastel aastatel on väga jõudsalt esile kerkinud

---

<sup>82</sup> Christopher CH **Cook**, „Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder“, *International Journal of Social Psychiatry* 61 (March 2015), 415-421.

<sup>83</sup> M. Kemal **Irmak**, „Schizophrenia or Possession?“, *Journal of Religion and Health* 53 (December 2012), 774.

<sup>84</sup> Ronald **Siddle**, Gillian **Haddock**, Nicholas **Tarrier**, E.Brian **Faragher**, „Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (March 2002), 130-134.

<sup>85</sup> Robert P **Turner**, David **Lukoff**, Ruth Tiffany **Barnhouse**, Francis G **Lu**, „Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV“, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (July 1995), 437.

<sup>86</sup> Dudek; Krzystanek; Krysta; Górna, 2019, lk 524-527.



just patu- ja lunastusluul. Hoolimata uue sisuga luulude esilekerkimisest, on täheldatud religioossete luulude variatsiooni hääbumist.<sup>87</sup>

Esimese mõttena seoses antud valdkonnaga kerkib üles küsimus, et miks on eelpool mainitud luulude teemad need põhilised, millega enamus religioosset luulusid kogevatest skisofreeniahaigetest kokku puutub? Võib oletada, et probleemid, millega inimesed oma igapäevaelus tegelema peavad, kätkevad endas tihtilugu samasuguseid muresid. Seetõttu on samasugustele probleemidele inimeste reaktsioon tihtilugu sarnane – nii emotsionaalses kui ka vaimses mõttes.<sup>88</sup> Selle tulemuseks on omakorda laadilt sarnaste mõttemallide välja kujunemine. Inimeste loomulikuks reaktsiooniks on muremõtted ja pingeseisund, mis mõjutab ühtviisi kõigi keha ja nendes toimivaid reaktsioone. Loomulikult on vale öelda, et pingeseisundi ajal reageerivad kõik ühtmoodi nii mõtlemiselt kui ka tegutsemiselt. Seda kindlasti mitte. Kuid suures plaanis on tagajärjed samasugused. Kuna iga inimese keha on erinev, on lõpptulemus varieeruv ja võib teiste vaimsetest ja terviseprobleemidest suuresti erineda.<sup>89</sup>

Seega võib järeldada, et skisofreeniahaiged, kes kogevad positiivseid sümptomeid, võivad kogeda korraka nii luulusid kui ka hallutsinatsioone. Selliste luulude ja hallutsinatsioonide sisuks on tihtipeale lähikontakt Jumalaga või mõne muu kõrgema jõuga, kes suunab ja toetab inimest igapäevaelu erinevate valdkondadega. See-eest negatiivse mõttemaailmaga või ka sisemiselt hirmu ja ärevust tundes kogevad seesugused skisofreeniahaiged lähikontakti just kuradiga, kes võib nii luulude kui ka hallutsinatsioonide kaudu inimeses veelgi rohkem negatiivseid emotsioone külvata.<sup>90</sup>

Sellest tulenevalt saab ka järeldada, miks on negatiivsete sümptomite kogemisel inimese tagasituleks nii-öelda varasemasse seisut raskendatud ning kogu

---

<sup>87</sup> *Ibid.*, lk 527.

<sup>88</sup> Mohr; Perroud; Gillieron; Brandt; Rieben; Borrás; Huguelet, 2011, lk 177-178.

<sup>89</sup> Basant K. **Puri**, Sudesh K. **Lekh**, Kuldip S. **Nijran**, Manjinder S. **Bagary**, Alexandra J. **Richardson**, „SPECT neuroimaging in schizophrenia with religious delusions“, *International Journal of Psychophysiology* 40 (March, 2001), 146.

<sup>90</sup> Sylvia **Mohr**, Laurence **Borrás**, Jennifer **Nolan**, Christiane **Gillieron**, Pierre-Yves **Brandt**, Ariel **Eytan**, Claude **Leclerc**, Nader **Perroud**, Kathryn **Whetten**, Carl **Pieper**, „Spirituality and Religion in Outpatients with Schizophrenia: A Multi-Site Comparative Study of Switzerland, Canada, and the United States“, *International Journal of Psychiatry in Medicine* 44 (July 2012), 30.

protsess on haigele ääretult kurnav. Lisaks sellele, et selliste sümptomitega skisofreeniahaige tunneb ennast juba varasemalt ebakindlalt ja halvasti, lisavad seesuguse negatiivse sisuga luulud ja hallutsinatsioonid haigesse veelgi rohkem ebakindlust ja ärevust. Seega pärast haigusepisooide on haige veelgi kehvemas seisus kui enne haigusnähte kogedes. Selline haigusmuustrite jätkumise korral langeb patsient järjest üha kehvemasse seisu. Tagasitulek võib osutuda ääretult keerukaks, kui isegi mitte võimatuks. Vajalik on sellise patsiendi pidev toetamine, kuulamine ja raviskeemi korrapärane täitmine. Vaid sellisel juhul saab loota, et haigusnähud taanduvad ajaga ning patsiendi vaimne ja füüsiline seisund taastab järk-järgult.<sup>91</sup>

Oluline on tõstatada küsimus, et miks on religioossed luulud kultuuride üleselt sarnaselt avaldunud? Seda saab põhjendada kahe väitega. Esiteks puutuvad paljud inimesed igapäevaselt kokku samasuguste probleemide ja eluraskustega, mis vormib sarnaselt ka nende mõttemaailma ja suhtumist. See omakorda on aluseks sellele, kuidas inimene eluraskustega hakkama saab. Kui inimene on olnud pidevalt pikka aega negatiivselt meelestatud, on tulemuseks kas käega löömine või automaatne uute negatiivsete mõtete välja kujunemine ja vastavalt ka oma hoiakute kujundamine. Pidev negatiivsus võib pikemas perspektiivis mõjutada organismi toimimist, aga ka vastupanuvõimet.<sup>92</sup>

Antud peatükis on välja toodud, et religioosseid luulusid põdevad skisofreeniahaiged saavad tihtipeale keerukamat ravi, mis aga ei pruugi alati soovitud tulemust anda. Lisaks on umbes veerand patsientidest ravimitele resistentsed.<sup>93</sup> Miks? Raskemat raviskeemi koostamist võib ehk põhjendada sellega, et enamasti on selliseid luulusid kogevate haigete ajukeemia märgatavalt paigast ära, mille tulemuseks ongi erinevad hallutsinatsioonid ja luulud. Ravi eesmärgiks on sellised haigussümptomid kaotada või kehvemal variandil

---

<sup>91</sup> Saavedra, 2014, lk 49.

<sup>92</sup> Palmira **Rudalevičienė**, Virginija **Adomaitienė**, Thomas **Stompe**, Andrius **Narbekovas**, Kazimieras **Meilius**, Nijolė **Raškauskienė**, Jurgis **Rudalevičius**, Robertas **Bunevičius**, „Delusions of persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background“, *Medicina* 46 (March 2010), 186.

<sup>93</sup> Irmak, 2012, lk 774.

leevendada. Paraku ei pruugi alati ajukeemiat tagasi endisesse staadiumisse saada, sest kahjustused või muutused on pöördumatud ja mitte ravimitele allutatavad.<sup>94</sup>

Eelneva lõigu põhjal saabki järeldada, miks võtab religioosseid luulusid kogevatel skisofreeniahaigetel taastumine ja ravi niivõrd pikka aega. Seda sageli ka ilma positiivsete tulemusteta. Võibolla just seetõttu kujuneb umbes veerandil sellistest patsientidest välja ravimi resistentsus. Keha lihtsalt kas ei suuda ravimit omastada seoses kurnatusega, või teise variandina, ei jõua see veel üldse toimima hakata enne, kui juba uus haigushoog avaldub.<sup>95</sup>

Eraldi vajab märkimist, et religioosse sisuga luulud avalduvad rohkem religioossetes ühiskonnas kui mittereligioossetes. Üheks põhjuseks võib siinkohal olla suurem julgus antud teemal teistega rääkida ja arutada. Kuna religioossetes kultuuriruumis jagavad enamus inimestest samasuguseid veendumusi, on lihtsam luuludest ja nende sisust kõneleda. Põhjuseks on see, et teised inimesed mõistavad paremini skisofreeniahaiget ega tee neid kergekäeliselt maha. Teiseks põhjuseks võib olla aga tõsiasi, et religioosne keskkond ise pakub religioosseid luulusid põdevatele skisofreeniahaigetele uusi luulude elemente ja mõtteid. See omakorda võib suuresti mõjutada, millise sisuga ning mil määral religioossetes luulud avalduvad.<sup>96</sup>

Nagu mainitud, on religioosne ühiskond iseenesest soodne pinnas sellise sisuga luulude tekkeks. Kuid miks on mittereligioossetes maades antud sisuga luulud vähemlevinud? Suuresti võib olla see tingitud seetõttu, et ühiskond on sekulariseerunud. Selle tagajärjel on ära kadunud religiooni osatähtsus, mis on asendunud millegi teisega. Võib oletada, et luulud, mis algselt oleksid olnud religioosse sisuga, on sellises olukorras võtnud lihtsalt teistsuguse sisu endale. Teine põhjus mittelevikuks on seotud sellega, et teistega ei soovita oma luulude sisust rääkida. Eriti veel kui tegu on religioosse luuluga. Sekulariseerumise üheks tulemuseks võib olla ka kogukondlike sidemete hääbumine, mistõttu pole skisofreeniahaigetel enam seesuguseid lähedasi ja kogukonda, kus vajadusel antud teema üle arutleda.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> Mohr; Perroud; Gillieron; Brandt; Rieben; Borrás; Huguelet, 2011, lk 177-178.

<sup>95</sup> Huang; Shang; Shieh; Lin; Su, 2011, lk 347.

<sup>96</sup> Blass, 2007, lk 25-31.

<sup>97</sup> Saavedra, 2014, lk 48.

### 3.3.2 Ülevaade luuludest

Luulusid võib pidada häiritud neurobioloogiliste protsesside tulemiks. Konkreetseid luulusid kogeb keskeltläbi kakskümmend kuni kuuskümmend protsenti skisofreeniahaigetest – mõnel patsiendil on luulude esinemissagedus ja intensiivsus väga kõrge, teistel piirduvad kogemused ühe või mõne üksiku episoodiga.<sup>98</sup> Hallutsinatsioonid kogeb hinnanguliselt seitsekümmend protsenti skisofreeniahaigetest.<sup>99</sup> Religioossetele luuludele on omased kolm olulist vormi, milleks on tagakiusamise luul, suurusluul ja mõjuluul. Nendest esimese puhul võib skisofreeniahaige kogeda demonite pidevat tagakiusamist ja haige eest otsuste langetamist. Teise ehk suurusluulu puhul võib skisofreeniahaige omada tugevat veendumust, et tema on näiteks Jumal või Jeesus. Kolmandale ehk mõjuluulule on omane paranoiline veendumus, et keegi või miski omab keha ja mõtete üle kontrolli ega lase inimesel teha vabu valikuid.<sup>100</sup> Nii nagu paljudele teistele haigusvormidele, on ka religioossetele luuludele omane paljude haiguse alavormide olemasolu, milleks on näiteks missioniluul, nõidusluul ja patuluul.<sup>101</sup> Missioniluulu puhul usub skisofreeniahaige, et talle on kõrgemate jõudude või Jumala poolt ette määratud oluline roll või missioon, mida tuleb täita. Nõidusluulu puhul usub skisofreeniahaige, et keegi või miski on teda ära nõidunud ning seetõttu on tal näiteks mõne konkreetse tegevuse läbiviimine raskendatud või isegi võimatu. Patuluulu puhul usub haiguse all kannataja, et ta on midagi valesti teinud või millegi jumaliku vastu eksinud, ning seetõttu kannatavad üheskoos temaga ka tema lähedased või hoopis terve maailm.<sup>102</sup>

Luulude kogemisega käib enamasti käsikäes ka hallutsinatsioonide kogemine.<sup>103</sup> Hallutsinatsioonideks on konkreetselt selle luuluvormi puhul eelkõige

---

<sup>98</sup> Arkadiusz **Dudek**, Marek **Krzystanek**, Krzysztof **Krysta**, Alicja **Górna**, „Evolution of Religious Topics in Schizophrenia in 80 Years Period“, *Psychiatria Danubina* 31 (September 2019), 524-525.

<sup>99</sup> McNamara, 2009, lk 244.

<sup>100</sup> Brandt; Mohr; Gilliéron; Rieben; Huguelet, 2012, lk 194.

<sup>101</sup> Cherise **Rosen**, Nev **Jones**, Kayla A. **Chase**, Hannah **Gin**, Linda S. **Grossman**, Rajiv P. **Sharma**, „The intrasubjectivity of self, voices and delusions: A phenomenological analysis“, *Psychosis* 8 (April 2016), 4.

<sup>102</sup> Jüri **Saarma**, *Psühhopatoloogia* (Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2000), 150-155.

<sup>103</sup> Annemarie **Noort**, Aartjan T.F. **Beekman**, Arthur R. van **Gool**, Arjan W. **Braam**, „Religious delusions in older adults: Diagnoses, combinations, and delusional characteristics“, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33 (August 2018), 1685.

kuulmispetted. Kuulmispetted kujutavad tavaliselt tuttavate või tundmatute häälte kuulmist, mis esinevad skisofreeniahaige mõttemaailmast eraldi iseseisval kohal. Mõnes kultuuriruumis on hallutsinatsioonide kogemine religioosse kogemuse täiesti tavapärane ja eeldatav osa.<sup>104</sup> Oluline on veel lisaks välja tuua, et paljud religioossed luulud ja hallutsinatsioonid intensiivistuvad aja jooksul ning võivad muutuda ähvardavaks, tõsiseks ja omada hilisemas etapis pigem negatiivset alatooni.<sup>105</sup>

Alustuseks tuleb ära märkida, et religioosseid luulusid kogevate skisofreeniahaigete protsent on märkimisväärt ning selle alusel tekib küsimus, miks on selliste luulude protsent niivõrd suur? Ühelt poolt võib seda järeldada, et paljud inimesed on varasemalt olnud religioossed ja sellest tulenevalt ongi see protsent niivõrd kõrge. Skisofreeniahaiged kogevad võibolla automaatselt just seesuguse sisuga luulusid, millega nad on varasemas eluetapis väga palju ja tihedalt kokku puutunud. Varasem religioossus võib olla ka määrav sellele, millist konkreetset luuluvormi inimene kogeb. Kui skisofreeniahaige on varasemalt ülekaalukalt tundnud positiivseid emotsioone oma elus, võib eeldada, et nende tunnete valguses kogeb ta ka vastava sisuga luulusid. Kui aga skisofreeniahaige elus on varasemalt olnud väga palju pingeid, võib eeldada, et ka religioossete luulude sisu on vastav ehk nad kogevad enim negatiivseid luulusid, milleks on näiteks patuluul ja tagakiusamislul.<sup>106</sup>

Siinkohal on oluline eraldi välja tuua, et mitte kõik religioosseid luulusid kogevad skisofreeniahaiged ei ole varasemalt olnud religioossed, kuid siiski kogevad ka nemad vastatava sisuga luulusid. Mis võib küll selle põhjuseks olla? Ühe variandina võib oletada, et ehk on need patsiendid varasemalt tundnud väga suurt huvi religiooni ja spirituaalsuse vastu ning selle kohta uurinud ja ennast kurssi viinud. Sellest tulenevalt kogevad nad automaatselt sellise sisuga luulusid, mille vastu nad on enne haiguse diagnoosimist enim huvi tundnud.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> American Psychiatric Association, 2013, lk 87-88.

<sup>105</sup> Danbolt; Møller; Lien; Hestad, 2011, lk 155.

<sup>106</sup> Rudalevičienė; Adomaitienė; Stompe; Narbekovas; Meilius; Raškauskienė; Rudalevičius; Bunevičius, 2010, lk 186.

<sup>107</sup> Charles Lung-Cheng **Huang**, Chi-Yung **Shang**, Ming-Shien **Shieh**, Hsin-Nan **Lin**, Jin Chung-Jen **Su**, „The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and

Samas võib oletada, et religioossed luulud peegeldavad skisofreeniahaige mõttemaailma ja ümbruskonna ja keskkonnaga kohanemist. Näiteks kui skisofreeniahaige tunneb pidevat hirmu ja ärevust, on ka religioossed luulud samasuguse sisuga. Loomulikult ei saa siinkohal järeldada, et skisofreeniahaiged, kes kogevad positiivse sisuga religioosseid luulusid, on haigusperioodil ja ravimisel ääretult õnnelikud ning rahul oma hetkeolukorraga. Ehk on perekondlik, kogukondlik ja meditsiinitöötajate poolne toetus põhiline hakkamasaamise ja kohanemise vahend, mille tulemusena inimene mõtleb pidevalt positiivseid mõtteid. Selle tulemusena suudab skisofreeniahaige edukamalt toime tulla haigusest tingitud raskustega ning neid kergemalt ületada. Loomulikult ei garanteeri see ravi edukust, kuid vähemalt loob toetus soodsa pinnase parematele tulemustele ja seeläbi ka olukorra paranemisele.<sup>108</sup>

Religiooni saab üleüldiselt ka väljaspool skisofreeniahaiguse põdemist lugeda toimetuleku vahendiks. Seda seetõttu, et keerulistel aegadel pöörduvad paljud inimesed Jumala või mõne muu kõrgema jõu poole paludes abi ja lohutust. Olukorras, kus inimesel puuduvad need inimesed, kelle poole hädas pöörduda, on vähemalt usk see, millele saab kindel olla. Inimestel on pidev teadmine ja kindlustunne, et neil on, kelle poole vajadusel pöörduda. Just selline kindlustunne annab inimestele palju positiivset jõudu hakkamasaamiseks juurde. Võib oletada, et sellise olukorraga puutuvad igapäevaselt kokku inimesed, kes on madalama haridustasemega, ebakindla või puuduva sissetulekuga ja üleüldiselt pidevalt keerulistes tingimustes. Just sellistes olukordades aitab teadmine, et mõni kõrgem jõud kaitseb ja aitab neid. Sellest tulenevalt võivadki aja jooksul tekkida väga sügavad veendumused ja uskumustemustrid. Seega saab järeldada, et religioon aitab leevendada stressi ja hirmu, aidates inimesi läbi keerulistest aegadest, pakkudes tuge ja toetust.<sup>109</sup>

---

treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan“, *Psychiatry Research* 187 (May 2011), 347-351.

<sup>108</sup> Saavedra, 2014, lk 48.

<sup>109</sup> Laurence **Borras**, Sylvia **Mohr**, Pierre-Yves **Brandt**, Christianne **Gillieron**, Ariel **Eytan**, Philippe **Huguelet**, „Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland“, *International Journal of Social Psychiatry* 54 (November 2008), 540.

Kuid miks kogetakse luulusid rohkem kui hallutsinatsioone? Antud küsimusele saab vastuseks anda, et luulud on ajendatud paljudest erinevatest põhjustest. Inimestel on lihtsam oma usku enesele pidevalt kinnitada ja sellest tulenevalt tekivad tugevad kinnisideed, millest võib olla hilisemas eluetapis raske vabaneda. Hallutsinatsioone võib see-eest lugeda ajukeemia mitte korrapärase tegevuse tulemuseks. Nagu alapeatükis sai ka välja toodud, on just nende kogejate hulk märgatavalt väiksem, kui luulumõtete puhul. Ehk seetõttu ei kogegi igäüks hallutsinatsioone, sest nende ajukeemias ei ole toimunud niivõrd suuri muutusi, mis saaks taoliste kogemustele aluse panna. Seega, skisofreeniahaiged, kes kogevad samaaegselt religioosseid luulusid ja hallutsinatsioone, vajavad keskmisest oluliselt rohkem hoolt ja ravi, kui kas teistsuguse vaimsetervise probleemide korral või teistsuguse sisuga luulude kogemisel.<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> Mohr; Borrás; Betrisey; Brandt; Gillieron; Huguelet, 2010, 158-159.

## Kokkuvõte

Käesolevas magistritöös analüüsiti lõikepunkte psühhiaatria ja religioosse kogemuse vahel skisofreenia näitel. Töö on jaotatud kolmeks peatükiks, millest esimene annab ülevaate skisofreeniast – kuidas haigus välja kujuneb, millised on sümptomid, ravi ja haiguse erivormid. Töö teine peatükk käsitleb religioosset kogemusi – täpsemalt, kuidas defineerida antud kogemust ning mil määral erineb see psühhhoosist ja mittereligioossetest kogemustest. Kolmas peatükk kirjeldab religioossete luulude fenomenoloogiat – milline on nende sisu, millises kultuuriruumis ja ühiskonna kihis enim levinud ning kuidas antud haigusega toime tulla.

Töö eesmärgiks oli uurida religioossete luulude fenomenoloogiat ja avada neid haiguslugude näitel. Antud magistritöös püstitati kaks uurimisküsimust.

Esimese püstitatud uurimisküsimusega sooviti leida vastust küsimusele, kuidas mõjutab skisofreeniahaigeid religioossete luulude kogemine? Küsimuse vastusena saab järeldada, et skisofreeniahaigete religioossete luulude kogemised on väga individuaalsed ja varieeruvad vastavalt inimestele. Mõni skisofreeniahaige kogeb positiivseid emotsioone luulude ajal – näiteks tunnetavad nad Jumala pidevat kohalolu ja kaitset. Jällegi, mõne teise skisofreeniahaige jaoks on kogemus sedavõrd negatiivse sisuga, et uut haigushoogu peljatakse. Näiteks kogevad just sellised skisofreeniahaiged pidevalt kurjade vaimude kohaolu, negatiivse sisuga hääli või näevad hirmuäratavaid nägemispetteid.

Teise uurimisküsimusega sooviti välja selgitada, millised on enim levinud religioossed luulud? Küsimuse vastuseks leiti, et religioossetel luuludel on palju erinevaid vorme, mida skisofreeniahaiged kogevad. Antud töös toodi välja enim levinud religioossete luulude vormid ja vastavalt neile ka haiguslugude kirjeldused. Enim levinud religioossete luulude vormideks on: mõjutusluul – keegi teine omab



inimese keha ja mõtete üle kontrolli; missioniluul – inimene usub, et kõrgemad jõud on talle ülesande andnud, mille eesmärgiks on inimest proovile panna; suurusluul – inimene usub, et tal on võrreldes teistega erilised võimed; paranoiline luul – keegi või miski soovib inimese keha ja vaimu üle võimu saada; ja hõivatusluul – inimese kehas elutseb demon või mõni muu „kuri vaim“.

Suure tõenäosusega kujutab ülaltoodu endast siiski vahekokkuvõtet laialdasest uurimistest, mida tuleb kindlasti süvendatult edasi uurida.

## Bibliograafialoend

**Allmon,** Allison L. Religion and the DSM: From Pathology to Possibilities. – *Journal of Religion* 52 (2013), 541-542.

**American Psychiatric Association (APA).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, 2013, 87-88.

**Anderson-Schmidt,** Heike. **Gade,** Katrin. **Malzahn,** Dörthe. **Papiol,** Sergi. *et al.* The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia. – *Schizophrenia Research* 210 (2019), 256.

**Andreasen,** Nancy C. **Arndt,** Stephan. **Miller,** Del. **Flaum,** Michael. **Nopoulos,** Peg. Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and Update. – *Psychopathology* 28 (1995), 7-9.

**Bhargav,** Hemant. **Jagannathan,** Aarti. **Raghuram,** Nagarathna. **Srinivasan,** T. M. **Gangadhar,** Bangalore N. Schizophrenia Patient or Spiritually Advanced Personality? A Qualitative Case Analysis. – *Journal of Religion* 54 (2015), 1901-1912.

**Bhavsar,** Vishal. **Bhugra,** Dinesh. Religious Delusions: Finding Meanings in Psychosis. – *Psychopathology* 41 (2008), 166-170.

**Blass**, David M. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. – *Academic Psychiatry* 31 (2007), 25-31.

**Borras**, Laurence. **Mohr**, Sylvia. **Brandt**, Pierre-Yves. **Gillieron**, Christianne. **Eytan**, Ariel. **Huguelet**, Philippe. Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland. – *International Journal of Social Psychiatry* 54 (2008), 540.

**Braff**, David L. Information Processing and Attention Dysfunctions in Schizophrenia. – *Schizophrenia Bulletin* 19 (1993), 234.

**Brandt**, Pierre-Yves. **Mohr**, Sylvia. **Gilliéron**, Christiane. **Rieben**, Isabelle. **Huguelet**, Philippe. Religious Coping in Schizophrenia Patients: Spiritual Support in Medical Care and Pastoral Counselling. – *Toronto Journal of Theology* 28 (2012), 194-195.

**Carson**, Marion. Fine Madness: Psychosis, Faith Communities and the Rehabilitation of the Christian Apocalypse. – *The Expository Times* 117 (2006), 364.

**Catts**, Vibeke S. **Fung**, Samantha J. **Long**, Leonora E. **Joshi**, Dipesh. **Vercammen**, Ans. **Allen**, Katherine M. **Fillman**, Stu G. **Rothmond**, Debora A. **Sinclair**, Duncan. **Tiwari**, Yash. **Tsai**, Shan-Yuan. **Weickert**, Thomas W. **Shannon Weickert**, Cynthia. Rethinking schizophrenia in the context of normal neurodevelopment. – *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 7 (2013), 1-2.

**Clark**, Sara M'Lis. **Harrison**, David A. How to care for patients who have delusions with religious content. – *Current Psychiatry* 11 (2012), 47.

**Cook**, Christopher CH. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. – *International Journal of Social Psychiatry* 61 (2015), 415-421.

**Curlin**, Farr A. **Odell**, Shaun V. **Lawrence**, Ryan E. **Chin**, Marshall H. **Lantos**, John D. **Meador**, Keith G. **Koenig**, Harold G. The Relationship Between Psychiatry and Religion Among U.S. Physicians. – *Psychiatric Services* 58 (2007), 5.

**Danbolt**, Lars J. **Møller**, Paul. **Lien**, Lars. **Hestad**, Knut A. The Personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. – *International Journal for the Psychology of Religion* 21 (2011), 146-155.

**Dudek**, Arkadiusz. **Krzystanek**, Marek. **Krysta**, Krzysztof. **Górna**, Alicja. Evolution of Religious Topics in Schizophrenia in 80 Years Period. – *Psychiatria Danubina* 31 (2019), 244-527.

**Eranti**, S. V. **MacCabe**, James H. **Bundy**, Helena. **Murray**, Robin. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. – *Psychological Medicine* 43 (2013), 157.

**Fluckiger**, Rahel. **Michel**, Chantal. **Grant**, Phillip. **Ruhrmann**, Stephan. **Vogele**, Kai. **Hubl**, Daniela. **Schimmelmann**, Benno G. **Klosterkoetter**, Joachim. **Schmidt**, Stefanie J. **Schultze-Lutter**, Frauke. The interrelationship between schizotypy, clinical high risk for psychosis and related symptoms: Cognitive disturbances matter. – *Schizophrenia Research*, 210 (2019), 193.

**Forbes**, Naida F. **Carrick**, L. A. **McIntosh**, Andrew Mark. **Lawrie**, Stephen. Working memory in schizophrenia: a meta-analysis. – *Psychological Medicine* 39 (2009), 890.

**Fretheim**, Tim. Many Will Come in My Name: Spiritual Care for Persons with a Delusion of Grandiosity with Religious Content. – *The Covenant Quarterly* 73 (2015), 21.

**Fritze**, Stefan. **Bertolino**, Alina L. **Kubera**, Katharina M. **Topor**, Cristina E. **Schmitgen**, Mike M. **Wolf**, Robert C. **Hirjak**, Dusan. Differential contributions of brainstem structures to neurological soft signs in first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders. – *Schizophrenia Research* 210 (2019), 102.

**Fuller**, Rebecca. **Nopoulos**, Peg. **Arndt**, Stephan. **O'Leary**, Dan. **Ho**, Beng-Choon. **Andreasen**, Nancy C. Longitudinal Assessment of Premorbid Cognitive Functioning in Patients With Schizophrenia Through Examination of Standardized Scholastic Test Performance. – *The American Journal of Psychiatry* 159 (2002), 1185.

**Galaverna**, Flavis S. **Morra**, Carlos A. **Bueno**, Adrian M. Severity of negative symptoms significantly affects cognitive functioning in patients with chronic schizophrenia: The slowing in cognitive processing. – *The European Journal of Psychiatry* 28 (2014), 146.

**Glenthøj**, Louise Birkedal. **Albert**, Nikolai. **Fagerlund**, Birgitte. **Kristensen**, Tina Dam. **Hjorthøj**, Carsten. **Nordentoft**, Merete. **Jepsen**, Jens Richardt Møllegaard. Emotion recognition latency, but not accuracy, relates to real life functioning in individuals at ultra-high risk for psychosis. – *Schizophrenia Research*, 210 (2019), 200.

**Goldberg**, Terry E. **Green**, Michael F. Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia: An overview Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Philadelphia: Lippincott, 2002, 660.

**Gross**, James. **Reisberg**, Daniel. **Gleitman**, Henry. *Psühholoogia*. Tartu: Hermes Kirjastus, 2014.

**Hamilton**, Ian. Cannabis, psychosis and schizophrenia: unravelling a complex interaction. – *Addiction* 112 (2017), 1655-1656.

**Huang**, Charles Lung-Cheng. **Shang**, Chi-Yung. **Shieh**, Ming-Shien. **Lin**, Hsin-Nan. **Su**, Jin Chung-Jen. The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. – *Psychiatry Research* 187 (2011), 347-351.

**Irmak**, M. Kemal. Schizophrenia or Possession?. - *Journal of Religion and Health* 53 (2012), 774.

**Jablensky**, Assen. **Cole**, Steven W. Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation. – *The British Journal of Psychiatry* 170 (1997), 234.

**Jablensky**, Assen. *Schizophrenia and Related Psychoses*. London: Cambridge University Press, 2018, 216.

**Jones**, Peter. **Murray**, Robin. **Rodgers**, Bryan. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. – *The Lancet* 344 (1994), 1398.

**Kahn**, Hubert. **Loit**, Helle-Mai. *Tervise ABC*. Tallinn: Valgus, 2009.

**Keefe**, Richard S.E. **Eesley**, Charles E. **Poe**, Margaret P. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. – *Biological Psychiatry* 57 (2005), 688-690.

**Kulmar**, Tarmo. *Üldine usundilugu. 1., Õppesõnastik*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2000, 59.

**Leeming**, David A. **Madden**, Kathryn. **Marlan**, Stanton. *Encyclopedia of psychology and religion. Volume 2, L-Z*. New York: Springer, 2010, 773-775.

**Lehtsaar**, Tõnu. *Sissejuhatas religioonipsühholoogiasse*. Tallinn: Eesti Keele Sihtasutus, 2013, 11-173.

**Leung**, Alice. **Chue**, Pierre. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. – *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 (2000), 6-9.

**Lindström**, Eva. **von Knorring**, L. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations. – *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (1994), 274-278.

**Lönnqvist**, Joukko. **Heikkinen**, Martin. **Henriksson**, Markus. **Marttunen**, Mauri. **Partonen**, Timo. *Psühhiaatria*. Eesti: Medica, 2007, 42-44.

**McNamara**, Patrick. *The Neuroscience of Religious Experience*. New York: Cambridge University Press, 2009, 145-244.

**Miller**, Rachel. **McCarmack**, Joanne. Faith and Religious Delusions in First-Episode Schizophrenia. – *Social Work in Mental Health* 4 (2006), 40-46.

**Mohr**, Sylvia. **Borras**, Laurence. **Betrissey**, Carine. **Brandt**, Pierre-Yves. **Gillieron**, Christiane. **Huguelet**, Philippe. Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping. – *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 73 (2010), 158-166.

**Mohr**, Sylvia. **Borras**, Laurence. **Nolan**, Jennifer. **Gillieron**, Christiane. **Brandt**, Pierre-Yves. **Eytan**, Ariel. **Leclerc**, Claude. **Perroud**, Nader. **Whetten**, Kathryn. **Pieper**, Carl. Spirituality and Religion in Outpatients with Schizophrenia: A Multi-Site Comparative Study of Switzerland, Canada, and the United States. – *International Journal of Psychiatry in Medicine* 44 (2012), 30.

**Mohr**, Sylvia. **Borras**, Laurence. **Rieben**, Isabelle. **Betrissey**, Carine. **Gillieron**, Christiane. **Brandt**, Pierre-Yves. **Perroud**, Nader. **Huguelet**, Philippe. Evolution

of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. – *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (2010), 1102.

**Mohr**, Sylvia. **Perroud**, Nader. **Gillieron**, Christiane. **Brandt**, Pierre-Yves. **Rieben**, Isabelle. **Borras**, Laurence. **Huguelet**, Philippe. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. – *Psychiatry Research* 186 (2011), 177-181.

**Mõttus**, René. **Allik**, Jüri. **Realo**, Anu. *Intelligentsuse psühholoogia*. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus, 2011, 272.

**Nemliher**, Elise (2017). Associations between schizotypal personality and mystical experiences. *Magistritöö*. Tartu Ülikool.

**Noort**, Annemarie. **Beekman**, Aartjan T.F. **van Gool**, Arthur R. **Braam**, Arjan W. Religious delusions in older adults: Diagnoses, combinations, and delusional characteristics. – *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33 (2018), 1685.

**Paavel**, Valdeko. **Kõrgesaar**, Jaan. **Sarjas**, Aive. **Sõmer**, Sirlis. **Vasar**, Veiko. *Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis*. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing, 2001, 22-23.

**Patel**, K. R. **Cherian**, J. **Gohil**, K. **Atkinson**, D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. – *Pharmacy and Therapeutics*, 39 (2014), 639-641.

**Puri**, Basant K. **Lekh**, Sudesh K. **Nijran**, Kuldip S. **Bagary**, Manjinder S. **Richardson**, Alexandra J. SPECT neuroimaging in schizophrenia with religious delusions. – *International Journal of Psychophysiology* 40 (2001), 146.



**Ring, N. Tantam, D. Montague, L. Newby, D. Black, D. Morris, J.** Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis: Focus on negative symptoms of schizophrenia. – *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84 (1991), 489-496.

**Rosen, Cherise. Jones, Nev. Chase, Kayla A. Gin, Hannah. Grossman, Linda S. Sharma, Rajiv P.** The intrasubjectivity of self, voices and delusions: A phenomenological analysis. – *Psychosis* 8 (2016), 4.

**Rudalevičienė, Palmira. Adomaitienė, Virginija. Stompe, Thomas. Narbekovas, Andrius. Meilius, Kazimieras. Raškauskienė, Nijolė. Rudalevičius, Jurgis. Bunevičius, Robertas.** Delusions of persecution and poisoning in patients with schizophrenia: sociocultural and religious background. – *Medicina* 46 (2010), 185-186.

**Rudalevičienė, Palmira. Stompe, Thomas. Narbekovas, Andrius. Raškauskienė, Nijolė. Bunevičius, Robertas.** Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia?. – *Medicina* 44 (2008), 532.

**Russell, A. J. Munro, J. C. Jones, P. B. Hemsley, D. R. Murray, R. M.** Schizophrenia and the myth of intellectual decline. – *The American Journal of Psychiatry*, 154 (1997), 635.

**Saarma, Jüri.** *Psühhopatoloogia*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2000, 150-155.

**Saavedra, Javier.** Function and meaning in religious delusions: a theoretical discussion from a case study. – *Mental Health, Religion & Culture* 17 (2014), 39-49.

**Scrutton, Anastasia Philippa.** Schizophrenia or Possession? A Reply to Kemal Irmak and Nuray Karanci. – *Journal of Religion* 54 (2015), 1965.

**Siddle**, Ronald. **Haddock**, Gillian. **Tarrier**, Nicholas. **Faragher**, E.Brian. Religious beliefs and religious delusions: Response to treatment in schizophrenia. – *Mental Health, Religion & Culture* 7 (2004), 220.

**Siddle**, Ronald. **Haddock**, Gillian. **Tarrier**, Nicholas. **Faragher**, E.Brian. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. – *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (2002), 130-134.

**Stefan**, Martin. **Travis**, Mike. **Murray**, Robin M. *An atlas of schizophrenia*. New York: Parthenon Pub. Group, 2002, 27-34.

**Turner**, Robert P. **Lukoff**, David. **Barnhouse**, Ruth Tiffany. **Lu**, Francis G. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. – *The Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (1995), 437.

**Vasar**, Veiko (toimetaja). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tartu: Tartu Ülikool, 1993, 62-92.

## **Summary**

### **Connections between psychiatry and religious experiences based on the example of schizophrenia**

In this master's thesis, the connection between psychiatry and religious thinking was analyzed with respect to schizophrenia. This thesis has been divided into three chapters. The first one gives an overview about schizophrenia: how the disease develops, which are the symptoms and special cases of the disease. The second chapter describes the religious experiences: in specific, how to define those kinds of experiences, and in which way these differ from psychoses and non-religious experiences. The third chapter gives an overview about the phenomenology of religious delusions: what their content is like, in which society and cultural environment these are most spread and how to handle the disease.

The aim of this master's thesis was to investigate the phenomenology of religious delusions and to illustrate them with the examples of patients' medical history. Two research questions were set.

With the first research question, the author tried to find an answer to, how the religious delusions affect patients diagnosed with schizophrenia? As an answer, you can conclude that the experience of religious delusions varies among patients diagnosed with schizophrenia and every case is individual. Some patients with schizophrenia experience positive emotions during the delusions, e.g. some feel the closeness and power of God. However, for some patients the experience has such negative content, that the occurrence of a new episode of illness is feared. For example those patients experience the presence of evil spirits, voices with negative content and fearful hallucinations.

The second question tried to investigate, which type of religious delusions is most common among patients diagnosed with schizophrenia? The answer to that question is that religious delusions have many different forms, which patients may experience. In this master's thesis, the most common religious delusions were described with examples of patients' medical history. Most common religious delusions are: delusions of influence – someone else has the power over the sufferer's body and mind; delusions of mission – the sufferer believes that higher powers have given him a task to challenge him; delusions of grandiose – the sufferer believes, that he/she has some special powers; delusions of paranoia – someone or something tries to take control over the sufferer's body and mind; delusions of possession – a demon or some other bad spirit lives in the body of the sufferer.

Most likely, this thesis represents but a mere summary of a much broader research subject, which should be studied more in depth in the future.

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Eleri Harjo,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

*Lõikepunktid psühhiaatria ja religioosse kogemuse vahel skisofreenia näitel*, mille juhendaja on Roland Karo,

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Eleri Harjo*  
**31.07.2020**